NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ROK II. DZIEKANKA KWART. II.

1925.

Ś. P.

Prof. dr. ANTONI MIKULSKI

Dyrektor kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Króla Stefana Batorego w Wilnie.

Odszedł nagle, nieoczekiwanie, żegnany głębokim żalem tych, co go znali. Na wieść o Jego zgonie, poczuli pustkę i tęsknotę ci, których los na drodze Jego postawił. Dziwna prostota jednała mu serca, łagodnością i dobrocią wrył się w pamięć towarzyszy pracy, a stając zawsze pod sztandarem obowiązku, zyskał sobie powszechny szacunek.

Pracując pod Jego kierownictwem od zimy 1913 r do wiosny r. 1915, mogłam Go bliżej poznać. Od pierwszej chwili zdumiona byłam skromnością Jego osobistych wymagań. Przez szereg miesięcy znajdował się w warunkach dużo gorszych, niż my, młodzi jego koledzy. Początkowo zajął maleńki pokoik w bezpośrednim sąsiedztwie ze mną, a następnie, przeniósł się już do mieszkania, przeznaczonego dla dyrektora.

Oddzielony granicą i setkami wiorst od Swych najbliższych, poza pracą w okresie tym, nic nie widział.

Szpital w Kochanówce w chwili, gdy ś. p. Dr. Mikulski go obejmował, odpowiadał najsurowszym wymaganiom nowoczesnym, brakowało jednak pracowni psychologicznej. O założeniu i urządzeniu jej zaczął myśleć nowy dyrektor. Niestety, wojna przerwała pracę, podjętą w tym kierunku. By zwalczyć dezorganizację wśród pracowników, których znaczna część została powołana do wojska, uspokoić rozpacz ich rodzin, a zamęt wśród chorych, dużo energji trzeba było wyładować. Równowaga została osiągnięta i życie w szpitalu szło zwykłym trybem, choć w pobliżu świstały kule, choć wokoło szpitala rosjanie i niemcy naprzemian budowali okopy. Stan taki trwał do pierwszych dni listopada. Nastąpił straszny okres bitwy pod Łodzią — przez dni kilkanaście szpital stał w ogniu armatnim. Z trudem udało się chorych ulokować w piwnicach, dokąd także znajdowały drogę szrapnele. Pod gradem kul, na rozkaz władz rosyjskich, poprzednio zapewniających, że szpitalowi nie grozi niebezpieczeństwo, chorzy zostali wyprowadzeni z piwnic i wśród huku dział i syku armat zaczął się pochód do Łodzi. Tu uzyskał ś. p.

Dr. Mikulski opróżnione przez rosjan, brudne, zakażone więzienie. Nie było nic: pożywienia, pościeli, ubrania; znaczna część personelu niższego rozbiegła się w popłochu, resztę należało przystosować do nowych warunków pracy. W tych bardzo ciężkich dla szpitala chwilach, doktór Mikulski zachował spokój ducha i cichą energję, doprowadzając do możliwego stanu ponury lokal więzienny; z humorem nazwał go Neokochanówką.

Skoro tylko straszna muzyka armat ucichła i otworzyła się droga do Kochanówki, wrócił do ruin, by je odbudować i mniejwięcej w rok po strasznych bitwach doprowadził szpital do poprzedniego stanu.

Nie piszę życiorysu ś. p. Mikulskiego, pozwolę sobie jednak zaznaczyć najważniejsze etapy jego życia.

Zmarły w dniu 14 kwietnia r. b, profesor psychjatrji uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, Dr Antoni Feliks Mikulski urodził się w Stawisznach na Ukrainie w r. 187?. Gimnazjum oraz uniwersytet ukończył w Kijowie Początkowo wstąpił na wydział matematyczny, pragnąc poświęcić się astronomji, po dwóch latach jednak przerzucił się na medycynę, którą skończył w r. 1899.

Z zagadnień istnienia dwa szczególnie były mu bliskie, tajemnica wszechświata i ducha ludzkiego — one wypełniły mu życie.

Wkrótce po ukończeniu studjów, objął asystenturę przy katedrze psychjatrycznej profesora Sikorskiego w Kijowie. a w 3 lata później objął placówkę lekarza w Kolonji dla umysłowo chorych pod Ekaterynosławiem, gdzie pracował do roku 1905. Wówczas został powołany do wojska i skierowany do Mandżurji. W 1906 r. wyruszył wraz z rodziną do Monachjum, gdzie pracował rok zgórą w klinice prof. Kraepelina.

Od r. 1907 do 1913 zajmował posadę lekarza w Kulparkowie. Tu zorganizował pracownię psychologiczną i korzystając z olbrzymiego materjału, prowadził oddział obserwacyjny.

W tym okresie, na podstawie prac został dyplom Jego lekarski nostryfikowany we Lwowie. W końcu grudnia r. 1913 przybył do Kochanówki na stanowisko naczelnego lekarza. Pożoga wojny zmieniła szpital w ruiny — w ciągu roku odbudował go jednak i zbogacił świetnie zorganizowane przedtem laboratorjum i pracownię psychologiczną.

Żywe zainteresowanie się życiem naukowem nie przeszkadzało Mu w przyjmowaniu udziału w życiu społecznem i narodowem. Od września r. 1919 do stycznia r. 1921 służył w wojsku, był wiceprezesem Tow. Lekarskiego w Łodzi, prezesem Tow. psychjatrycznego w Łodzi, a następnie w Wilnie. Zostawił kilkadziesiąt prac z zakresu psychjatrji, fizjologji mózgu i psychologji, a w najbliższym czasie ukaże się ostatnie Jego dzieło, podręcznik psychologji.

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA.

REFLEKSJE

Ze ś. p. Prof. Mikulskim po raz pierwszy bezpośrednio się zetknęłam, gdy, powołany na katedrę psychjatrji U. S. B. w Wilnie, przygotowywał się do objęcia nowego stanowiska.

Było to w okresie, kiedy ciężka choroba nadwątliła Jego siły fizyczne — nie złamała jednak Ducha, który budził w Nim młodzieńczy niemal zapał i entuzjazm, z jakim gotował się do oczekującego nań stanowiska i pracy. Wyczuwało się to w obcowaniu ze ś. p. prof. Mikulskim, pomimo dużego opanowania, jakie naogół posiadał. Podczas 1½ rocznej znajomości miałam możność głębiej wniknąć w motywy tego entuzjazmu. Działały tu dwa pierwiastki uczuciowe, które zlewając się tworzyły dziwnie harmonijną i piękną całość.

Z jednej strony głębokie umiłowanie Wilna, a zwłaszcza Uniwersytetu Wileńskiego, wykultywowane w młodości w atmosferze niezwykłego wprost mistycznego pjetyzmu, wytwarzanego przez przyrodniego brata ś. p. Ludwika Janowskiego, Prof. U. S. B.

Z drugiej strony szczere pragnienie poświęcenia się ściśle pracy naukowej i dydaktycznej w ukochanej przez Niego psychjatrji, zlewały się w jedno dążenie do czynnego udziału w pracy budowniczej nad nauką polską we wskrzeszonym Uniwersytecie Wileńskim, którego przeszłość i tradycje były Mu tak drogie i dobrze znane.

Dziwnie się ożywiał ś. p. Prof. Mikulski, gdy mówił o Uniwersytecie Wileńskim. Czuło się wtedy, że opromienia Go ten — jeden potężny Duch co przez Poczobuttów i Śniadeckich wznosił gmach nauki polskiej w Uniwersytecie Wileńskim, co Mickiewiczów, Zanów i Czeczotów skuwał w związek Promienistych.

Ta idea budownictwa psychjatrji w Wilnie przyświecała pracy Jego nieustannie.

Trudne warunki, różne przeciwności, spotykane w organizowaniu kliniki, brak sił fizycznych ani na chwilę nie zmąciły wiary i pewności, że wszystkie te trudności zwycięży idea, w którą niezłomnie wierzył.

Do zrealizowania jej zmierzał spokojnie, wytrwale, prostolinijnie zarówno w pracy pedagogicznej jak naukowej w tej mierze na jaką pozwalały Mu warunki.

Nie mając kliniki — na materjale szpitala wojskowego, miejskiego szpitala Św. Jakóba i ambulatoryjnym, przenosząc nieraz wy-

kłady z jednego końca miasta na drugi, starał się podać studentom możliwie najwięcej spostrzeżeń objawów psychopatycznych i zaszczepić podstawy z psychologji i psychjatrji. Bolał bowiem zawsze nad tem, że starsze pokolenia lekarzy z niedostateczną znajomością, i z pewnem lekceważeniem odnosi się do tej gałęzi medycyny. Leżało Mu na sercu, żeby lekarze U. S. B. wynieśli z kliniki psychjatrycznej nie tylko pewien zasób wiadomości z dziedziny tych nauk, ale by im udzielić choć części tego psychjatrycznego wglądu w duszę psychicznie chorych i w różne zjawiska życiowe, którego sam posiadał niewątpliwie wiele.

Nie mając dla własnej pracy naukowej ani klinicznego materjału, ani pracowni i przyrządów do naukowych badań i doświadczeń, które Go interesowały, ś. p. Mikulski w ciszy swego gabinetu pracował intensywnie, pisząc podręcznik psychologji, czyniąc w ten sposób zadość potrzebie, którą odczuwali Jego słuchacze, a jednocześnie zbierał materjał i przygotowywał się do opracowania podręcznika psychjatrji.

W zestawieniu z Duchem jaki ożywiał pracę ś. p. Prof. Mikulskiego fakt, że nie danem Mu było doprowadzić do końca sprawy organizacji kliniki psychjatrycznej w Wilnie, był jednym z tragiczniejszych momentów tej przedwczesnej śmierci.

Rzucając w imieniu kliniki tę szczupłą wiązankę myśli o ś. p. Prof. Mikulskim na tle Wilna, nie próbuję szerzej ujmować Jego życia i działalności — zrobi to kto inny — bardziej do tego powołany.

Chcę jednak podzielić się wrażeniem, jakie w codziennym obcowaniu wywierał ś. p. Prof. Mikulski.

Był to człowiek, którego zdradzał uśmiech: uśmiech, mający coś z czystości i bezpośredniości dziecka, a który otwierał duszę jasną, szczerą, serdeczną, pełną miłości do życia i ludzi.

I takim był ś. p. Prof. Mikulski.

Swoją dobrocią, i niezmierną prostotą w obejściu — równy ze wszystkimi bez względu na jakiekolwiek hierarchje i zawsze życzliwy — swoją wyrozumiałością, z jaką podchodził do ludzi, a przez którą mówiła wyższa mądrość życia, ś. p. Prof. Mikulski przywiązywał do siebie otoczenie i kazał się szanować.

Dr. H. JANKOWSKA.

CHARCOT.

W dniach od 25—28 maja r. b. paryski świat lekarski obchodził 100 rocznicę urodzin Charcota, a Towarzystwo Neurologiczne w Paryżu, przy spółudziale licznych gości zagranicznych, 25 rocznicę swego istnienia; naukę polską reprezentował prof Piltz z Krakowa. Dziekanka wysłała referat Dra Siemionkina na temat: O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego. Pozatem wysłali referaty: Dr. Pieńkowski, Dr. Hermann, Drowa Zandowa z Warszawy; prof. Władyczko z Wilna przesłał adres.

Program uroczystości miał charakter czysto naukowy i obfitował w oficjalne występy.

W poniedziałek 25 maja, Międzynarodowe Zgromadzenie Neurologiczne na dorocznem posiedzeniu w Salpêtrière dyskutowało na temat: skleroza lateralna amyotroficzna.

We wtorek, 26 maja do południa, Tow. Neurologiczne obchodziło na posiedzeniu nadzwyczajnem 25 jubileusz swego istnienia; popołudniu odbyło się uroczyste posiedzenie w Akademji Medycyny na cześć Charcot'a. Mowę okolicznościową wygłosił prof. Pierre Marie Wieczorem liczni goście zgromadzili się w Sorbonnie, ażeby uczcić pamięć wielkiego uczonego. Obecnym był Prezydent Republiki. Przewodniczył minister de Monzie Przemawiał Babiński.

W środę, dn 27 maja odbyło się posiedzenie Tow. Neurol. w Salpêtrière, na którem przedyskutowano referaty wygłoszone na temat: migrena. Wieczorem odbył się bankiet w Palais d'Orsay. Przewodniczył minister kolonji André Hesse

W czwartek, 28 maja, Paryż podejmował uczestników Zjazdu w ratuszu, łącząc się tem samem ze światem naukowym w chołdzie dla wielkiego paryżanina.

W Paryżu, dnia 29 Listopada 1825 r. urodził się Jan Marcin Charcot i żył 68 lat († 16. 8. 1893). W 19 r życia wstąpił na wydział lekarski i ukończył go po 4 letnich studjach. Karjerę lekarską rozpoczął w Salpêtrière; tam ją ugruntował, tam ją skończył. Działalność naukowo-literacką młody lekarz rozpoczął dysertacją doktorską na temat: „Etude pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de Goutte asthénique

primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chrônige forme primitive".

W r. 1853 Charcot został naczelnym lekarzem kliniki, w r. 1872 uniwersytet powołał go na profesora anatomji patologicznej; w tym samym roku Akademja Medycyny wybrała go na członka; 11 lat później Charcot zasiaduje w „Institut de France".

W r. 1882 urządzono dla Charcota klinikę neurologiczną w Salpêtrière.

Pomijając pierwsze prace z dziedziny medycyny wewnętrznej i neurologji, należy podnieść jego opis stwardnienia „en plaques" mający znaczenie pierwszorzędne.

W długim szeregu odkryć w dziedzinie patologji systemu nerwowego, zwłaszcza patologji mózgu, Charcot wyświetlił liczne zjawiska chorobowe dotad nieznane i niezrozumiane. Ukoronowaniem jego badań i głębokich dociekań naukowych było odkrycie i systematyczne opisanie sklerozy lateralnej amyotroficznej, nazwanej później chorobą Charcota. Jemu zawdzięczamy także wyświetlenie związku między zmianami patologicznemi w stawach a wiądem rdzenia (arthropathies tabétiques) i wiele innych rzeczy. Dziś jeszcze, gdy mówimy o histerji, kojarzymy pojęcie to z nazwiskiem Charcota mimo, że tylu innych uczonych przyczyniło się do pogłębienia pojęć naszych o chorobie. To samo odnosi się do hypnotyzmu. Dyskusje w przedmiocie hypnotyzmu między szkołą Bernheima w Nancy a szkołą Charcota w Paryżu rzucają do obecnych czasów jeszcze swoje promienie na badania nad istotą hypnotyzmu.

Słusznie się stało, że francuski świat naukowy obchodem paryskim przypomniał ludzkości, czem dla niej był i jest Charcot, wielki uczony, lekarz i człowiek

---

PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. - Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

O CHARAKTERZE WEWNĘTRZNYM OBJAWU PIOTROWSKIEGO.

podał

M. SIEMIONKIN

Ordynator Zakładu.

W roku 1912 Al. Piotrowski opisał odruch fizjologiczny z m. tibialis anticus z patologicznymi przejawami. (Ueber ein neues Unterschenkelphaenomen, Berl. Klin. Wochenschrift 1912, nr. 51). Później autor ogłosił publikację o antagonistycznych odruchach stopy i palców. (Uber einen neuen antagonistischen Reflex, Berl. Klin. Wochenschrift 1913, nr. 16). Zadaniem naszem jest zbadanie właśnie odruchu antagonistycznego stopy, znanego w piśmiennictwie i przyjętego do terminologji lekarskiej jako „objaw Piotrowskiego". (W. Gutmann: Medizinische Terminologie 1920) i, o ile możliwe, ustalić charakter tego odruchu. Omawiany objaw polega na tem, że uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w brzusiec m. tibialis anticus lub na granicy dolnej i średniej części mięśnia wywołuje wyraźne zgięcie podeszwowe stopy, przyczem jednocześnie spostrzega się skurcz m. gastrocnemius. Piotrowski opisuje odruch ten w sposób następujący: „uderzywszy albowiem młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni pomiędzy gózem piszczeli a główką strzałki, spostrzegamy w niektórych przypadkach zamiast zwykłego odruchowego zwrotu i zgięcia grzbietowego nogi odruch odmienny, t. j. zgięcie podeszwowe nogi, — wynik, właściwy jedynie odruchowi stopowemu; ostrzegamy wyraźne skurczenie mięśnia brzuchatego łydki. Zamiast mięśnia piszczelowego przedniego kurczy się jego przeciwnik i powoduje odczyn zupełnie odwrotny. Wynik ten można wzmocnić nieco biernem zgięciem grzbietowem nogi (ryc 1) i uderzeniem młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni" (ryc. 2). Piotrowski dalej zaznacza: „Wymienionego odruchu nie napotykamy u ludzi zdrowych, ani też u nerwowych lub u chorych ze wzmożoną pobudliwością zwrotną; jedynie osobniki, cierpiące na kurczowe porażenie systemu nerwowego, przedstawiają niekiedy ten odruch. Tem różni on się od odruchu mięśnia piszczelowego przedniego, który, a priori, nie jest objawem patologicznym; dopiero nieprawidłowa zmiana charakteru nadaje mu djagnostyczną wartość; inaczej ma się rzecz z odruchem poprzednim (antagonistycznym); jest on, a priori, patologicznym i obecność jego wskazuje na organiczną chorobę nerwową. Niekiedy spostrzegamy, że oba odruchy objawiają się równocześnie; jedna i ta sama podnieta powoduje raz odruch mięśnia piszczelowego przedniego, drugi raz, zwłaszcza jeżeli jest wzmożoną, zgięcie podeszwowe nogi; odruch ten ma to samo znaczenie, co znaki Babińskiego, Oppenheima, Rossolima, Mendel-Bechtierewa, Schaeffera etc".

Ryc 1.

Ryc. 2.

W roku 1916 Fr. Stern badał omawiany odruch na 317 chorych nerwow. (Die klinische Verwertbarkeit des Piotrowskischen antagon. Reflexphaenomens, Med. Klin. nr. 14, Berlin 1916). Na podstawie swych badań Stern wnioskuje, że odruch ten nie występuje u ludzi zdrowych nerwowo, nie występuje w chorobach funkcjonalnych, natomiast występuje rzędem z objawami piramidowymi, jako to Babińskiego, Oppenheima, Mendel-Bechtierewa i innych, i często występuje w przypadkach urazu głowy z wstrząsem mózgu. Oprócz tych wniosków Stern wyraża zdanie, że omawiany odruch jest trwały, zjawia się wcześnie i łatwy jest do wywołania; autor zaznacza, iż objaw Piotrowskiego jest ważnym wskaźnikiem chorób organicznych mózgu, nie przesądzając charakteru tego objawu.

W r. 1922 A. Falkowski również badał omawiany objaw na chorych psychicznie. (O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego, Neurologja Polska, Warszawa 1922). Falkowski stwierdził, iż objaw ten spotykał się często w przypadkach ciężkiego urazu głowy, następnie w padaczce. Autor znajdował go również w organicznych chorobach mózgu, jak paralysis progressiva, sclerosis multiplex, paralysis infantilis, morbus Wilsoni.

Trzeba zaznaczyć, że badania jego wykazały, iż dwie godziny po napadzie paralitycznym objaw Piotrowskiego występował rzędem z objawem Babińskiego, przyczem po dwuch dniach objaw Babińskiego zniknął, natomiast odruch Piotrowskiego istniał jeszcze w ciągu dalszych dwuch dni, poczem również zniknął. Falkowski nie napotkał objawu Piotrowskiego w przypadkach zachorzenia rdzenia. Część konkluzyjną pracy Falkowskiego cytujemy w całości: „Spostrzeżenia Piotrowskiego, Sterna i moje wykazały, że objaw Piotrowskiego jest nadzwyczaj czułym wskaźnikiem chorobowym, jest o wiele stalszym, występuje wcześniej, trwa dłużej, aniżeli wszystkie inne objawy piramidowe, jak Babińskiego, Oppenheima, Mendel-Bechterewa, Rossolima, Gordona, Trömmera, Strümpla. Brak odruchu Piotrowskiego przy umiejscowieniu sprawy chorobowej wyłącznie w rdzeniu, natomiast regularne występowanie tegoż w zachorzeniach umiejscowionych w mózgu, zmusza nas do koniecznego wniosku, że objaw Piotrowskiego jest oznaką chorobową organicznych zachorzeń mózgowych. Powstaje obecnie kwestja, czy objaw Piotrowskiego jest objawem korowym, piramidowym, czy też ekstrapiramidowym. Istnieją dane, które wskazują, że jest on objawem chorobowym ekstrapiramidowym. Zadaniem naszym w przyszłości będzie kwestję tę rozstrzygnąć".

Badania Bielawskiego (Odruchy patologiczne w katatonji, Nowiny Lekarskie, Poznań 1923) wykazały większą liczbę przypadków omawianego objawu w katatonji; autor stwierdził ten objaw również w schizofrenji, epilepsji, oraz w paralysis progressiva.

Obecnie postawiłem sobie za zadanie wyświetlić charakter objawu Piotrowskiego i stwierdzić, czy jest to sprawa o naturze piramidowej, czy też ekstrapiramidowej. W tym celu przedsięwziąłem badania

objawu tego u 547 chorych psychicznie. Ogólnie biorąc, obecność objawu Piotrowskiego, jedno czy obustronna, względnie po jednej stronie silniej nacechowana niż po drugiej, stwierdziłem w rozmaitych chorobach tak funkcjonalnych, jak i organicznych, lecz poszczególne badania każdego przypadku dały możność znalezienia źródła lub przyczyny, powodującej istnienie tego objawu. Badanie grup chorobowych przedstawia się jak następuje:

I. GRUPA MANJAKALNO-DEPRESYJNA. Badania przeprowadziłem na 41 chorych, przyczem w 4 przyp. stwierdziłem wynik pozytywny Wszystkie 4 przypadki kwalifikują się raczej jako sprawy organiczne. W jednym przypadku pacjent, liczący 60 lat, miał daleko posuniętą arterjosklerozę; pacjent ten po stronie objawu Piotrowskiego miał również wyraźny fenomen Babińskiego. W dwuch innych przypadkach wywiady wykazały ciężki uraz głowy z wstrząśnieniem mózgu (utrata przytomności po upadku i dłuższa choroba, trwająca do 6-ciu lat). W jednym przypadku u chłopca lat 18 wywiad nie dał żadnych wskazówek co do urazu głowy lub choroby mózgu w wieku dziecięcym. Jednakże szczegółowe badanie układu nerwowego miało wynik następujący: hyperrefleksja, brak brzusznych i podbrzusznych odruchów po prawej stronie, naznaczone zamiarowe drżenie prawej ręki, zmniejszenie siły motorycznej, adiodochokineza po prawej stronie, naznaczony nystagmus. Symptomy wyszczególnione przedstawiają obraz, który może być wytłomaczony jako residuum po przebytej kiedykolwiek chorobie mózgu, lub jako początek sclerosis multiplex.

II. GRUPA EPILEPTYKÓW: Badano 36 epilept.; 5 chorych miało objaw Piotrowskiego stale bądź po jednej, bądź po drugiej stronie. Natomiast w 11 innych przypadkach udało się stwierdzić objaw Piotrowskiego w krótkim czasie po epileptycznym napadzie, przyczem objaw ten istniał od 2—3 dni, stopniowo zmniejszając się w swojem nasileniu, poczem zniknął.

III. GRUPA OLIGOFRENJI: Oligofreników badano 91; objaw Piotrowskiego stwierdzono w 21 przypadkach Wypada zaznaczyć, iż wszystkie te przypadki, u których zauważono objaw Piotrowskiego, należą do grupy idjotyzmu więcej lub mniej ciężkiego stopnia. Jednocześnie wszyscy ci chorzy wykazywali najrozmaitsze zboczenia pod względem fizycznym, jak: silnie zaakcentowany infantilismus, hydrocephalus, microcephalus, strabismus, asymetrja twarzy, objawy paretyczne. Poszczególnie biorąc, w czterech przypadkach miał miejsce ciężki uraz głowy z wstrząśnieniem mózgu, z utratą przytomności, dłuższą chorobą i zawrotami głowy występującymi także w okresie obecnym; w jednym przypadku urazu głowy był obecny skrzyżowany fenomen Oppenheima. W trzech przypadkach stwierdzono w anamnezie dziecięce porażenie mózgu. W jednym przypadku — zapalenie mózgu w 4 roku życia; w tym ostatnim jednocześnie istniał obustronny fenomen Babińskiego. W jednym przypadku

bez ściśle określonej anamnezy również rzędem z objawem Piotrowskiego istniał Oppenheim. Reszta przypadków przedstawiała głuchoniemych od urodzenia, mikrocefałów lub hydrocefałów. W kilku przypadkach stwierdzono w anamnezie alkoholizm rodziców.

IV. GRUPA PARALYSIS PROGRESSIVAE: Badano 19 chorych; w 6 przypadkach znaleziono objaw Piotrowskiego obustronnie.

V. GRUPA ENCEPHALITIS LETHARGICAE: Badano 12 chorych: w 4 przypadkach został stwierdzony objaw Piotrowskiego (w 2 przypadkach obustronnie, w jednym jednostronnie). Innych patologicznych odruchów nie było.

VI. GRUPA KATATONJI. Badano chorych 26; w 8 przypadkach stwierdzono objaw Piotrowskiego; w 5 przypadkach obustronnie, w 3 jednostronnie. Nie było danych anamnestycznych co do urazu głowy.

VII. GRUPA SCHIZOFRENJI. Badano 118 chorych. W grupie tej znajdowała się znaczna ilość chroników, którzy od 15—20 lat noszą diagnozę „dementia praecox" dawniej najchętniej stawianą, choć objawów tej psychozy nie było.

Szczegółowe badania wykazały, że chodzi tu przeważnie o różne choroby psychiczne jak mania chroniczna, psychopatja z omamami okresowymi, paranoia hallucinatoria, debilitas. Tylko w połowie przypadków mogłem się przekonać o istnieniu schizofrenji w nowszem znaczeniu tego słowa. W 27 przypadkach schizofrenji stwierdziłem obecność objawu Piotrowskiego, w 15 przypadkach jednostronnie, bądź po prawej bądź po lewej stronie, w 11 obustronnie; innych patologicznych odruchów nie było. W jednym przypadku wywiady wykazały uraz głowy i eklampsje post partum.

VIII. GRUPA PARAFRENJI. Badano 30 chorych; w 3 przypadkach stwierdzono objaw Piotrowskiego; z tych jeden przypadek miał jednocześnie fenomen Babińskiego po prawej stronie: chora (60 lat) ma arteriosklerozę. W 2 pozostałych przypadkach nie było innych objawów organicznych.

IX. GRUPA ALKOHOLIZMU. Badano 17 chorych; w 3 przypadk. stwierdziłem objaw Piotrowskiego, z tych 1 przypadek (encephalitis haemorrhagica alcoholica) wykazywał jednocześnie fenomen Oppenheima po prawej stronie: w 2 pozostałych przypadkach innych objawów organicznych nie było.

X. GRUPA PSYCHOZ ORGANICZNYCH. (Arteriosclerosis, chorea Huntingtoni, sclerosis multiplex, lues cerebri, dementia senilis i t. p.) Badano 26 chorych: w 6 przyp. stwierdzono objaw Piotrowskiego. W 1 przypadku (chorea Hutingtoni) występował jednocześnie fenomen Babińskiego. Urazu głowy w przeszłości nie dało się stwierdzić.

XI. GRUPA ZACHORZEŃ PSYCHICZNYCH RÓŻNEGO CHARAKTERU. (Paranoia, psychoza reaktywna, amentia i t. p.) Badano 131 chorych. Objawu Piotrowskiego nie znaleziono w żadnym przypadku

Streszczając wszystko wyżej wymienione, można stwierdzić, iż żaden przypadek choroby funkcjonalnej nie miał omawianego objawu;

natomiast ostatni napotykano w przypadkach zachorzeń organicznych mózgu. W 4 przypadkach (2 parafrenje i 2 alkoholizmy), gdzie objaw Piotrowskiego był pozytywny, nie było innych objawów organicznych.

Autorzy, wymienieni na wstępie (Piotrowski, Stern, Falkowski, Bielawski), określili omawiany objaw jako symptom, występujący w przypadkach organicznego zachorzenia mózgu. Obecne badania to potwierdziły. Jeżeli więc objaw ten występuje w schizofrenji, staje się tem samem wyrazem klinicznym organicznego charakteru schizofrenji, o którym świadczą także wyniki badań anatomo- patologicznych. Obecnie schizofrenja zajmuje żywo umysły psychjatrów i w tym kierunku pojawiło się wiele prac, w których autorzy wskazują na podłoże organiczne choroby. Otóż jeszcze w roku 1920-tym Buscaino tłomaczył pewne symptomy schizofrenji zachorzeniem części extrapiramidowych mózgu. Ostatnie badania tegoż uczonego wskazują na związek między negatywizmem a zachorzeniem palecstriatum, między katalepsją a zachorzeniem nuclus dentatus; stereotypje Buscaino wiąże z zachorzeniem neostriam (L'Encéphale 1924 nr. 4, Recherches sur l'histologie pathologique et la pathogénie de la démence précoce, de „l'amentia" et des syndromes extrapyramidaux) [1]). W każdym bądź razie obecnie z wielkiem prowdopodobieństwem można uważać schizofrenje, jak również katonję i encephalitis lethargica za organiczne choroby mózgu extrapiramidowe. Ponieważ na podstawie wyników badań anatomopatologicznych wyrobiło się zdanie, że schizofrenja jest extrapiramidowem zachorzeniem mózgu jak również katatonja i encephalitis lethargica, przeto obecność objawu Piotrowskiego właśnie w tych zachorzeniach mózgu świadczy o tem, iż odruch antagonistyczny m. tib. antic. jest objawem extrapiramidowym.

Streszczając się, stwierdzam co następuje: Objaw Piotrowskiego nie występuje u ludzi zdrowych, nie występuje w chorobach funkcjonalnych, często występuje po ciężkim urazie głowy ze wstrząsem mózgu, występuje przejściowo po napadach epilektycznych, trwając od 2—3 dni; objaw ten jest czułym i łatwo wywołalnym symptomem.

Tem samem badania obecne potwierdziły wyniki badań autorów poprzednich, wykazały pozatem naturę extrapiramidową omawianego objawu.

---

[1]) cf także: L'Encéphale 1924, nr. 7 Quelques travaux récents sur les lésions du système nerveux central dans la démence précoce par Paul Schiff.

(Travail de l'Hôpital Psychiatrique Publ. du Pays de Poznań à Dziekanka).

SUR LE CARACTERE INTERIEUR DU PHENOMENE DE PIOTROWSKI

par
le Docteur M. SIEMIONKIN.

L'auteur se proposa d'éclaircir le caractère du phénomène de Piotrowski et de constater, si c'est un phénomène de nature pyramidale ou extrapyramidale. Pour cela il entreprit des recherches de ce phénomène chez 547 malades psychiques. Prénant en général le total il constata la présence du phénomène de Piotrowski unolatérale ou bilatérale ou marqué plus fort d'un côté que de l' autre dans des maladies différentes de nature organique.

Le phénomène de Piotrowski s'appuie sur le fait qu'un coup du marteau à percussion sur le muscle tibial antic. ou sur la partie inférieure ou sur le milieu du muscle fait naître une flexion plantaire du pied, mouvement pendant lequel on aperçoit en même temps une contraction du muscle gastrocnemius. On peut augmenter l'effet motorique par une action passive en courbant le pied en sens dorsal (illustr. 1) et frappant du marteau à percussion sur le muscle tib. ant. (illustr. 2).

Aucun cas de maladies fonctionelles n'avait pas le phénomène mentionné; nous le rencontrions dans les cas de maladies organiques du cerveau.

Les études actuelles affirmaient les résultats des recherches des auteurs précédants (Piotrowski, Stern, Falkowski, Bielawski) qui précisaient le phénomène de Piotrowski comme symptôme se montrant dans les cas de maladies organiques du cerveau.

Le phénomène mentionné se montre aussi dans les cas de schizophrénie. Donc si le phénomène se montre dans les cas de schizophrénie, il se fait par cela même, l'expression clinique du caractère organique de schizophrénie, ce que témoignent aussi les résultats de recherches anatomo-patologiques. A présent la schizophrénie occupe beaucoup les esprits des psychiatres et sur ce sujet ont paru beaucoup de travaux, où les auteurs montrent le

fond organique de la maladie. Voilà encore en 1920 que Buscaino expliqua certains symptômes de schizophrénie par une lésion des parties extrapyramidales du cerveau. En tout cas aujourd'hui on peut avec beaucoup de vraisemblance regarder la schizophrénie de même que la catatonie et l'encéphalite léthargique comme des maladies organiques extrapyramidales; parce qu'en vertu des résultats anatomo-pathologiques l'avis s'est formé que la schizophrénie est une maladie extrapyramidale du cerveau, de même que la catatonie et l'encéphalite léthargique, la présence du phénomène de Piotrowski justement en ces cas de maladies du cerveau prouve que le réflexe antagoniste du muscle tib. ant. est un phénomène extrapyramidal. Les recherches actuelles ont démontré ce qui suit:

Le phénomène de Piotrowski ne se montre pas chez des gens bien portants, il ne se montre pas dans des maladies fonctionelles, il se montre souvent après une lésion grave de tête avec commotion du cerveau, il se montre en passant après des accès épileptiques durant 2 à 3 jours. Ce phénomène est un symptôme sensible et facilement à susciter. Par cela les recherches actuelles affirment les résultats des recherches des auteurs précédants, elles démontrent la nature extrapyramidale du phénomène traité

ALKOHOLIZM A CHOROBY PSYCHICZNE WE WŁOSZECH. [1])

Jest rzeczą pewną, że ze wszystkich skutków zatrucia alkoholowego, ostrego czy chronicznego, ze wszystkich manifestacji chorobowych wywołanych działaniem chorobotwórczem alkoholu w tkankach, w narządach i układach, objawy funkcjonalnego zaburzenia neuropsychicznego — odrętwienie i podniecenie, halucynacje i delirjum, skłonności zaczepne albo samobójcze — stanowią najwidoczniejsze i w ogóle najwłaściwsze znamiona alkoholizmu.

Z tego powodu psychoza alkoholowa w porównaniu z innemi zjawiskami socjalnemi alkoholizmu zawsze zajmowała pierwsze miejsce jako klasyczny symptom alkoholizmu, więcej typowy i jaskrawy niż chorobliwość ogólna z powodu alkoholizmu, niż przestępczość, śmiertelność.

Należy mieć na uwadze, że neuropsychopatje alkoholowe są wyrazem alkoholizowania się jednostek i społeczeństwa. Podczas gdy klinika medyczna — jak to wykazał Bianchini w swoich genjalnych studjach ogłoszonych na innych kongresach, a przytoczonych obecnie — może wyróżnić lekki alkoholizm z objawów organicznych i funkcjonalnych, mniej lub więcej wyraźnych i utajonych w różnych postaciach chorobowych, to psychozy alkoholowe manifestują opilstwo znacznego stopnia, przedstawiają ciężki stan toksyczny osobnika i wskazują dobitnie na zwyczaje pijackie danego środowiska.

Tam gdzie pomoc szpitalna dla psychicznie chorych jest dostatecznie zorganizowana i ześrodkowana w zakładach psychjatrycznych dla większej zasobne mieszkańców jak we Włoszech —, mamy w zakładach zasobne źródło, z którego możemy czerpać materjał dla badania objawów opilstwa i obserwować zjawiska chorobowe nie tylko pod względem ilościowym ale także jakościowym, jak również możemy rozszerzyć badania na etjo-

---

1) Prof. Paolo Amaldi we Florencji przesłał nam łaskawie do opublikowania w Nowinach Psychjatrycznych swój referat z „L'Italia Sanitaria": „Alkoholizm a choroby psychiczne we Włoszech" (streścił A. P.)

logję, od której choroby biorą swój początek Rozumie się, że przypadki alkoholizmu, które mieszczą się w zakładach, stanowią tylko część alkoholizmu rozpowszechnionego w kraju; niewątpliwie jest to wskaźnik pozwalający prawidłowo ocenić rozmiar tej choroby endemicznej w danym kraju.

Już w ostatniem dziesięcioleciu ubiegłego wieku ilość przypadków alkoholizmu we włoskich publicznych zakładach psychjatrycznych wykazała tendencje zwyżkowe. W r. 1890 liczba przypadków psychoz alkoholowych w zakładach wynosiła 4,5% wszystkich pacjentów. W r. 1900 odsetka ta wzrosła stopniowo do 6.2%. W czasie od 1901—1910 liczba alkoholików wzmagała się coraz więcej i w r. 1906 powiększyła się do 14,3%, a więc przewyższyła trzykrotnie odsetkę pierwotną (4,5%.)

Cyfra alkoholików powiększyła się szybko w drugiej połowie okresu 1901—1910. W trzechleciu 1903—04—05 przypadki psychoz alkoholowych przyjęte do zakładów psychjatrycznych wynosiły 9% wszystkich przyjęć (14,2% mężczyzn i 2% kobiet.) Od jednego do drugiego trzechlecia, t. j. w ciągu 6 lat, odsetka przypadków alkoholizmu w zakładach w stosunku do ludności prawie się podwoiła; a co gorsza, gdy zwyżka psychoz alkoholowych u mężczyzn stanowiła 35%, u kobiet w tych 6 latach dosięgała 70%.

W trzechleciu 1919—20—21 powtórzyłem badania statystyczne i kliniczne w przedmiocie psychoz alkoholowych, które obserwowałem we włoskich zakładach psychjatrycznych. Z wyników tych badań przedstawię tymczasem końcowe liczby, które już same przez się są nader zajmujące.

W trzechleciu 1919—20—21 pacjenci przyjęci z powodu psychozy alkoholowej do zakładów stanowili 7,5 wszystkich przyjęć (mężczyzn 11%, kobiet 1,6%), co oznacza znaczne obniżenie się odsetki przypadków alkoholizmu w zakładach włoskich.

Atoli w poszczególnych latach stosunek psychoz przedstawiał się następująco:

6,0% w roku 1919,
7,5% w roku 1920,
9,2% w roku 1921.

Co się tyczy różniczkowania klinicznego postaci chorobowych, można ustalić — na podstawie wyników badań wspomnianych — że przeszło połowę psychoz alkoholowych w zakładach psychjatrycznych stanowią postacie chorobowe powstałe wskutek zatrucia ostrego (odurzenie patologiczne alkoholowe, epilepsja) albo chronicznego z przejawami ostrymi (bredzenie, pomieszanie, omamy, napady padaczkowe etc); u 40% pacjentów objawy minęły (bredzenie, obłęd etc.) Z tych 20% miało objawy paralityczne.

Uderza rzadkość przypadków bredzenia drżennego, (które w r. 1903—04—05 wynosiły 4%, a w 1919—20—21 roku 4,2% wszystkich postaci chorobowych alkoholowych.)

Na podstawie tych statystyk można twierdzić, że poza wyszczególnionemi, pod względem klinicznym typowemi postaciami psychoz alkoholowych, intoksykacja alkoholowa występuje jako przyczyna istotna, bądź to główna bądź to spółczesna, w szeregu postaci chorobowych, które pod względem klinicznym nie wykazują cech psychozy alkoholowej (psychozy afektywne, organiczne, obłąkanie), a liczebnie mniejwięcej równają się tamtym. W rzeczywistości więc odsetka wszystkich chorób psychicznych z etjologją alkoholową w zakładach psychjatrycznych przedstawia cyfrę prawie podwójną.

Zajmującym szczególem jest wynik badania przypadków alkoholizmu, znajdujących się we włoskich publicznych zakładach psychjatrycznych, pod względem ugrupowania socjalnego.

Zeszerogowawszy przypadki psychoz alkoholowych uwzględnione w spisach zakładowych w mniejsze i większe ugrupowania zawodowe według poszczególnych typów socjalnych i porównawszy owe ugrupowania z odpowiedniemi grupami społecznemi całej ludności włoskiej, zauważyłem, że w trzechleciu 1903—05 przypadki psychozy alkoholowej u robotników fabrycznych i rzemieślniczych stanowiły 49,8% wszystkich przypadków alkoholizmu; w trzechleciu 1919-21 przypadki te w tej samej grupie zawodowej przedstawiały odsetkę 43%;

(grupa ta zawodowa wynosiła według spisu ludności w r. 1911 mniejwięcej 20% całej ludności włoskiej);

— w trzechleciu 1903—05 przypadki psychozy alkoholowej u robotników rolnych i pokrewnych zawodów stanowiły 21%, w trzechleciu 1919-21 natomiast 33,6%;

(grupa ta w spisie ludności w r 1911 odpowiadała mniejwięcej 36% ludności);

— w trzechleciu 1903—05 przypadki psychozy alkoholowej u handlowców wynosiły 10.2%, a w trzechleciu 1019—21 tylko 8.3% zachorzeń psychicznych alkoholowych,

(grupa ta w spisie ludności w r. 1911 odpowiadała mniejwięcei 4% całej ludności);

— w trzechleciu 1903-05 przypadki psychozy alkoholowej w grupie zawodowców, urzędników, posiedzicieli stanowiły 15%, a w trzechleciu 1919-21 tylko 6,2%;

(ta warstwa społeczna w spisie ludności w r. 1911 odpowiadała mniejwięcej 39% całej ludności).

Wynika stąd:

1°—nieznaczne zmniejszenie się alkoholizmu w warstwie pracowników fabrycznych, rzemieślniczych i handlowych,

2°—bardzo znaczne zwiększenie się w warstwie robotników rolnych i pokrewnych zawodów,

3°—bardzo znaczne obniżenie się w grupie zawodowców, urzędników, a więc w klasie drobnej i średniej burżuazji.

Trzeba podkreślić zmianę na gorsze w chorobliwości alkoholowej w warstwie chłopskiej; nie możemy podtrzymywać różowych poglądów z przeszłości o wstrzemięźliwości chłopa włoskiego i liczyć na tę tradycyjną jego wstrzemięźliwość: chłop włoski dzisiaj jest wzbogacony, oddaje się ekscesom alkoholowym i upija się winem.

Natomiast należy podnieść pomyślny objaw wstrzemięźliwości zaznaczającej się wyraźnie w klasie średniej, wstrzemięźliwości prawdopodobnie powodowanej skromnym bilansem domowym; wstrzemięźliwość tę można także tłomaczyć tem, że do warstw średnich przenika coraz więcej świadomość zadowolenia jakie daje dobrobyt i rozpowszechnia się przeświadczenie o szkodliwości trunków alkoholowych w ogólności, a wina w szczególności.

* * *

Frekwencja psychoz alkoholowych w zakładach psychjatrycznych przedstawia wahania mniej lub więcej akcentujące się od okolic do okolic; różnice uwydatniają się przedewszystkiem wyraźnie między okolicami północnemi, południowemi i wyspiarskiemi.

Odsetka psychoz alkoholowych, także w stosunku do okolicznej ludności, jest wysoka we Wenecji, Piemoncie i w Marchjach, w niewielkim odstępie kroczy Emilja, Lombardja, Ligurja, Toskana, Lacjum i Umbrja; znaczne obniżenie liczby psychoz alkoholowych znajdujemy w zakładach Kampanji, Kalabrji i Apulji, Sardinji, a zwłaszcza Sycylji.

Jeżeli sobie wyobrazimy linję przecinającą oś Apeninów i złożoną z granicy południowej Lacji, Umbrji i Marchji, otrzymamy na północ okolice zamieszkałą przez mniejwięcej 24 miljony ludnosci, gdzie odsetka alkoholików znajdujących się w zakładach psychjatrycznych waha się między 30—15 na 100 000 mieszkańców, i południową część obejmującą wyspy z mniejwięcej 15 miljonami ludności, gdzie odsetka alkoholików znajdujących się w zakładach psychjatrycznych waha się niżej 4 na 100 000 mieszkańców.

* * *

Intoksykację specyficzną wywołującą alkoholowe zachorzenia psychiczne należy we Włoszech przypisywać nadużywaniu likierów, piwa i wina. Jest rzeczą bardzo ważną wyświetlić etjologiczne znaczenie każdego z tych trzech gatunków napojów alkoholowych.

Opierając się na faktach możemy zapewnić, że doświadczenie zebrane w praktyce naszych zakładów psychjatrycznych wykazuje, że pacjenci z psychozą alkoholową w przeważającej większości przypadków pili nieumiarkowanie i nieustannie wino. Z tych niektórzy, mianowicie w prowincjach północnych Włoch, spożywali następnie jeszcze likiery, a niektórzy piwo. Nieznaczna część tych chorych zatruwała się li tylko likierami. Piwo samo rzadkiem było trunkiem.

Na mieszkańca przypadało rocznie:

90 —1.60 litrów wina,
2.26—1.92 litry likierów,
0.55—1.77 litrów piwa.

O znaczeniu przyczynowem każdego z tych trzech czynników toksycznych można się przekonać przez porównanie ilości spożytych trunków w pewnych okresach i okolicach z liczbą psychoz alkoholowych, które się pojawiły w tych samych okresach i okolicach.

Uderza fakt, że indywidualna przeciętna roczna spożytych likierów, — w każdym razie czynnika chorobotwórczego o wybitnem znaczeniu — w pięcioleciu 1881—1985 (2.26 litrów) mało się różniła od niższej przeciętnej w pięcioleciu 1896 — 1900 (1,16 litrów) i 1913—1917 (1.02 litry). To zmniejszenie się konsumu likierów stwierdzamy najdokładniej w okresie, w którym psychozy alkoholowe pojawiały się częściej w zakładach włoskich.

Z drugiej strony równocześnie stwierdzono nieznaczne powiększenie się konsumu piwa, którego we Włoszech na ogół używa się mało. W okresie 1881—1885 przypadło na mieszkańca w roku 0,69 litrów piwa, w okresie 1901—1905 litrów 0,89, a w okresie 1913—1917 litrów 1.77. Nie jest pewnem, czy w piwie i w samem powiększeniu się konsumu tego napoju można upatrywać przyczynę etjologiczną pomnożenia się psychoz alkoholowych.

Bardzo znamiennym jest fakt, że liczba psychoz alkoholowych wzmogła się w zakładach włoskich pod koniec pięciolecia 1886 — 1990, w którym to okresie zainicjowana została we Włoszech nadmierna hyperprodukcja wina i ilość spożytego wina, obliczona dotąd na niespełna 70 litrów na rok i osobę, wzrosła nagle do 98.5 litrów. Podczas gdy psychozy alkoholowe w zakładach psychjatrycznych stanowiły 9% zachorzeń psychicznych w trzechleciu 1903—04—05, kiedy konsum wina wynosił 111.5 litrów na osobę, odsetka ta podniosła się do 12,9% w trzechleciu 1909—10—11, gdy konsum wina wynosił 1[illegible]7.5 litrów (w tym okresie przeciętna ilość spożytych likierów obniżyła się z 1.31 na 1.02 litry).

Jak widzieliśmy, ilość psychoz alkoholowych spadła do 7.5% w trzechleciu 1919—20—21, gdy konsum wina obniżył się do 98.1 litr. na osobę.

Uwidacznia się zatem w społeczeństwie włoskiem pewna granica tolerancji czy też przesycenia oznaczona cyfrą 70 litrów, równającą się przeciętnej ilości wina spożytego przez mieszkańca. W następstwie i pod naciskiem wybujałej produkcji wina fawoRyzowane tym faktem przypadki alkoholizmu mnożyły się w zakładach psychjatrycznych w równej mierze, a wahania ilościowe psychoz alkoholowych odpowiadały ściśle wahaniom konsumu wina w kraju i w różnych jego częściach.

Niezaprzeczonem jest wybitne znaczenie likierów w etjologji zachorzeń psychicznych alkoholowych, mianowicie tam, gdzie przeciętna ilość spożytych likierów podniosła się w znacznym stopniu, jak w środowiskach miejskich tego typu co Medjolan, Liworno, Turyn, Ankona, Genua i w niektórych okolicach wiejskich Włoch podalpejskich, zwłaszcza w Wenecji.

To samo należy powiedzieć o piwie, tam gdzie konsum tego napoju przedstawia się w wyższych cyfrach jak np. w Medjolanie, Vicencji i Bolonji.

Wypada także zanotować zwiększoną liczbę chorób psychicznych alkoholowych w okolicach, gdzie konsum likierów i piwa nie był znaczny, jak w Marchjach, Toskanie, Lacjum, Umbrji, jako też dużą ilość psychoz alkoholowych we wszystkich zakładach psychjatrycznych z ludnością wyłącznie wiejską, nie zapominając, że z wyjątkiem wymienionych okolic alpejskich, w pozostałej części Włoch, jak Włochy południowe, likierów i piwa nie spożywa się wcale albo bardzo mało.

Istnieje ścisły związek także pod względem geograficznym między częstością zachorzeń psychicznych alkoholowych w zakładach psychjatrycznych różnych części Włoch a wysokością konsumu wina, który jest znacznie większy w Marchjach, Wenecji, Piemoncie, w Lombardji, Ligurji, Toskanie, Emilji, w Lacjum i w Umbrji, a mniejszy w Kampanji, Apulji i Kalabrji, w Sardinji, a najniższy w Sycylji.

Istnieje zatem we Włoszech widoczna równorzędność chronologiczna i demograficzna między konsumem wina a chorobami psychicznemi alkoholowemi.

* * *

W n i o s k i:

We Włoszech likiery, w mniejszym stopniu piwo, stanowią w etjologji zachorzeń psychicznych spółczynnik dodatkowy i dopełniający tylko We Włoszech choroby psychiczne, powstałe pierwotnie i wyłącznie wskutek nadużywania likierów, są zjawiskiem bardzo rzadkiem.

Zachorzenia psychiczne alkoholowe w przeważajacej ilości przypadków jak i w ogóle we Włoszech pochodzą od nadmiernego używania wina. Ilość psychoz alkoholowych waha się zależnie od konsumu wina, rośnie i zmniejsza się równorzędnie z podnoszeniem albo obniżaniem się konsumu wina w różnych okolicach kraju

* * *

Wnioski powyższe opierają się na długoletniej obserwacji. Wyrażam życzenie, ażeby Kongres w tych wnioskach mógł do-

patrzyć się wskazówki dla akcji leczniczej i profilaktycznej; byłoby to praktycznem zakończeniem jego prac. Według mego zdania orjentacja nasza powinna pójść w dwojakim kierunku:

— w sensie bezwględnej akcji prohibicyjnej przeciw trunkom, ażeby jak najprędzej uwolnić naród nasz przedewszystkiem od likierów;

— w sensie intensywnej akcji ograniczającej konsumowanie piwa, a głównie wina. Przez wzgląd na znaczne interesy rolnictwa, handlu i dobrobytu narodowego powstaje konieczność stopniowego zaprowadzania reform w uprawie wina. W miejsce wybujałej i szkodliwej nadprodukcji należałoby wprowadzić racjonalny i pożyteczny sposób uprawy winnic.

* *
*

Okazuje się zatem potrzeba energicznego i odważnego działania jednostki i państwa, osób prywatnych i instytucji publicznych, jeżeli pragniemy, ażeby nasza Italja, geograficznie wielka przez bohaterskie czyny naszych sławnych wojsk, stała się jeszcze większą przez wzniesienie się narodu na wysoki poziom biologiczny, inlelektualny i — co najważniejsza — moralny.

PAOLO AMALDI.

ALCOOLISME ET MALADIES MENTALES EN ITALIE

par
LE PROF. PAOLO AMALDI (Florence).

En Italie les liqueurs et les bières présentent dans l'éthiologie des maladies mentales des coéfficients seulement accessoires et complémentaires.

Les maladies mentales dues exclusivement et premièrement à l'intoxication par les liqueurs sont rares en Italie

En Italie les psychoses alcooliques ont leur origine principalement dans l'intoxication par les vins. La fréquence des maladies mentales alcooliques dépend directement de la consom« mation du vin; elle s'agrandit et diminue prallèlement à l'élévation ou à l'abaissement des indices de la consommation du vin en époques diverses et en parties différentes du pays.

Ces conclusions se basent sur une longue observation.

Il faudrait donc fixer des règles pour une action curative et prophylactique. L'orientation devrait marcher en deux directions:

— en sens d'une action prohibitive contre les boissons pour libérer le peuple italien des liqueurs,

— en sens d'une action restrictive de la consommation de la bière, mais principalement du vin et reformer graduellement la viticulture en substituant à l'hyperproduction exagérée et ruineuse de la viticole une méthode raisonnable et bienfaisante.

BADANIA NAD PATOGENEZĄ ZESPOŁOW EXTRAPIRAMIDOWYCH, AMENCJI I OTĘPIENIA WCZESNEGO.*)

podał
DOC. DR. V. M. BUSCAINO.

Ostatnie moje dociekania pozwalają na upatrywanie w zespołach extrapiramidowych (encephalitycznych i innych, za wyjątkiem lokalnych organicznych jak np. krwawienia, guzu itp.) dalej, w amencji i otępieniu wczesnem, — wyrazu klinicznego, uszkodzeń toksycznych układu nerwowego, a to przez obecność w krwiobiegu specjalnych anormalnych aminów.

Aminy te są pozamózgowego pochodzenia.

W pierwszej linji dostają się one z jelit cienkich, gdzie powstają, prawdopodobnie, pod wpływem drobno-ustrojów różniących się jednak od rozsadników gruźlicy.

Porażają one jednocześnie wątrobę i układ nerwowy.

Uszkodzenia wątroby, zdaniem mojem, nie są powodem zmian w układzie nerwowym, jak też i odwrotnie.

Te i drugie nie są bynajmniej następstwami czynników abiotroficznych (Hall). Są one następstwem intoksykacji, sui generis zasadową substancją pochodnych amonu (aminy).

* * *

Oto najważniejsze fakty.

I. Metoda specjalna badania ujawnia obecność w urynie substancyj zasadowych.

Przy pomocy tej metody (ciepły azotan srebra), osiąga się biały strąt (normalne zabarwienie) względnie — czarny (zabarwienie anormalne).

Własności chemiczne osadów, w obecności amonjaku, kwasu chromowego, dwuchromka amonu i innych, pozwalają na wyróżnienie wielu rodzaji osadów anormalnych, które w szczególności są czarne.

Odczyn dodatni zawdzięcza się obecności grup NH_2 wzgl. HN. Innemi słowy ma się do czynienia z pierwotnymi i wtórnymi

*) Tłom. O. B.

aminami. Odczyn nie pochodzi od obecności grupy organicznej OH, COH, COOH, ni też od aminokwasów*)

Kwas moczowy nie wpływa na genezę czarnego strątu.

Przy rozkładaniu moczu metodą Weiss'a, różnice między warunkami normalnymi i patologicznymi polegają na substancjach zawartych w drugiej frakcji (urochrom i zasady purynowe) i we frakcji trzeciej (inne zasady purynowe i specjalnie (Kössler i Hanke) ciała z pierścieniem imidazolowym Nie są one zależne od frakcji pierwszej (kwas moczowy).

W osadach czarnych związki organiczne są liczniejsze niźli w osadach o barwie normalnej (zwiększenie stosunkowe i absolutne . Zawierają one również anormalne substancje zasadowe.

Dane moje dotyczące osadu czarnego wiodą do wniosku, że w urynie takiej są prawdopodobnie pochodne pyrimidyny, histaminy lub β-imidazolylethylaminy.

Galvialo wykrył w czarnym osadzie obecność pierścienia pyramidyny i imidazolu.

Mocz o czarnym strącie zawiera w porównaniu do strątu białego przeciętnie zdwojoną ilość azotu amoniakowego i poczwórną ilość azotu aminowego (badania Ottonello; przeciętne obliczone przezemnie).

Zawiera ona również zmniejszoną ilość chlorku (1/4, przeciętnie w stosunku do moczu o osadzie białym: badania D'Arbela, Ciampi et Ameghino, Barbieri; przeciętne obliczone przezemnie).

Odczyn mój daje wyniki ujemne (osad biały, lub zabarwiony normalnie) u osób zdrowych (Buscaino, D'Arbela, Wahl, Santoné, Maestro, Ariola, Bostroem i Brechling, Ciampi i Ameghino, Kasatcenco-Trirodoff, Parhon i Dérévici, Barbieri, Margreth, Truffi); w psychozach manjakalno - depresyjnych (Buscaino, D'Arbela, Santoné, Bostroem i Brechling, Kasatcenco-Trirodoff, Parhon i Dérévici, Roncati).

Odczyn daje wyniki dodatnie (osad czarny):

a) w wielu zachorzeniach infekcyjnych (Buscaino, Santoné, Ariola, Ciampi i Améghino, Margreth, Truffi);

b) w amencji (confusion mentale) (Buscaino, D'Arbela, Santoné, Bostroem i Brechling, Maestro, Kasatcenco - Trirodoff, Parhon i Dérévici ;

c) w otępieniu wczesnem (Buscaino, D'Arbela, Wahl, Maestro, Bostroem i Brechling, Kasatcenco - Trirodoff, Santoné, Ciampi i Améghino, Parhon i Dérévici, Barbieri);

d) w zespołach extrapiramidowych po El. i nie po — El (Buscaino, Parhon i Dérévici, Ottonello),

Badania me wykazały, że osad zachodzący przeważnie w amencji i otępieniu wczesnem różni się wogóle od osadu spotykanego w zespołach extrapiramidowych i gruźlicy dróg oddechowych

*) Braknie jeszcze danych co do lyziny.

Osady spotykane przeważnie w zespołach extrapiramidowych są także częste w katatonicznej formie otępienia wczesnego. Innemi słowy: istnieją specjalne substancje zasadowe krążące przy amencji i otępieniu wczesnem, inne są przy gruźlicy; inne znowuż w zachorzeniach extrapiramidowych i w formie katatonicznej otępienia wczesnego.

II. Jednym z objawów histologicznych zatrucia aminami układu nerwowego według wyniku naszych badań, jest obecność rozsianych ogniskowych zmian zwłaszcza w substancji białej. Między temi zmianami obserwowałem zwłaszcza pewne małe ogniska rozrzadzenia tkanki nerwowej, lub też histochemiczne przekształcania w blaszkach (metachromazja, bazofilja etc.)

Nazwałem te wszystkie ogniska „blaszkami rozpadu gronkowego".

Lecz można wyszczególnić wiele typów tych „plaques à grappe".

Towarzyszą im lokalne zmiany komórek nerwowych (Buscaino, Bolsi) i gleju (Buscaino, De Lisi, Bolsi).

Nie są to bynajmniej martwe złogi materjału: z tkanką okoliczną mają one związek przez ciągłość a nie przez stykanie się (specjalna metoda zabarwienia).

Są one według mnie, histologicznym wyrazem rozsianych zmian chemicznych tkanki nerwowej. Stwierdziło się blaszki rozpadu gronkowego:

a) w amencji (Buscaino);

b) w otępieniu wczesnem (Buscaino 10 przypadków; Ansalone, 2 przypadki; Bolsi — 1);

c) w parkinsonizmie poencephalitycznym (D'Antona i Vegni; De Lisi: „blaszki gleju");

d) w spazmie torsyjnym (1 przypadek Wimmera, badany przezemnie).

III. Doświadczeniowo w przypadku zatruwania aminami:

a) Rosentahl (1913), przy podawaniu zwierzętom guanidiny, widział rozsiane uszkodzenia włókien nerwowych, które były identyczne z opisanemi (w roku 1921) przezemnie „tworami początkowemi, typ A" blaszek gronkowych;

b) Luzzatto i Levi opisali metachromatyczne blaszki u zatruwanych vinilaminą, (metoda Donnaggio dla pierwszego stopnia zwyrodnienia) rozsiane w białej substancji;

c) ja sam notowałem u dwóch królików zatruwanych histaminami (lub β-imidazolylethylaminą) dodatni mój odczyn w moczu; typowe blaszki „á grappe" w części górnej rdzenia przedłużonego i dolnej części mosta Varoliego (brak blaszek u zwierzęcia kontrolnego); zwyrodnienie pęcherzykowate komórek nerwowych na poziomie zwojów podkorowych i śródmóżdża, zwłaszcza w zonie szarej substancji mózgu niepośrednio wkoło komory trzeciej i wodociągu Sylwjusza; tamże zmiany w gleju

i formacje glejowe typu Alzheimera; ogniska ostrych i przewlekłych zmian w wątrobie;

d) Brancati świeżo znalazł rozsiane zmiany w postaci tworów jednakowych z memi blaszkami u zwierząt zatrutych przez toksyny spalenizny (aminy, w tych warunkach!); te zmiany nie występowały we wszystkich jednak przypadkach zatrucia. Nie było ich u zwierząt kontrolnych.

*
* *

Wnioskuję przeto, że moja teza, iż otępienie wczesne, amencja i zespół extrapiramidowy po — i nie po encephalityczny są zachorzeniami toksycznemi układu nerwowego polegającemi na krążeniu w krwioobiegu nienormalnych aminów, — opiera się na dobrze uzasadnionych faktach.

RECHERCHES SUR LA PATOGENIE DES SYNDROS EXTRAPYRAMIDAUX, DE L'AMENTIA ET DE LA DEMENCE PRECOCE

par
DOC. DR. V. M. BUSCAINO.

Les syndromes extrapyramidaux, post — et non postencéphalitiques, l'amentia et la démence précoce ce sont l'expression clinique de lésions toxiques du système nerveux, dues à la présence, dans la circulation, d'amines spéciales, anormales.

Ces amines sont d'origine extracérébrale.

Elles viennent, de l'intéstin grêle. Elles se forment, très probablement sous l'influence des microrganismes, différents de ceux de la tuberculose.

I. Par une méthode spéciale (traitement par le nitrate d'argent chaud), on a des précipités blancs, normaux, anormaux, noirs.

Elle donne des résultats positifs (précipités noirs):

a) dans beaucoup de maladies infectieuses,
b) dans l'amentia,
c) dans la démence précoce,
d) dans les syndromes extrapyramidaux, post — et non postencéphalitiques.

Il y a, dans la circulation, des substances basiques spéciales dans les aments et les déments précoces; d'autres dans les tuberculeux d'autres encore dans les malades extrapiramidaux et les déments précoces catatoniques.

II. Une des manifestations histologiques de l'intoxication d'un système nerveux par les amines est, la présence de foyers parsemés.

B. en a nommé „plaques de désintégration à grappe".

On a constaté de „plaques de désintégration à grappe" dans:

a) l'amentia,
c) le parkinsonisme postencéphalitique,
d) le spasme de torsion.

III. En traitant expérimentalement, par la guanidine, par la-vinilamine, l'histamine (ou — imidoazolyléthylamine), on a noté des plaques à grappe typiques.

Zakład Psychjatryczny w Palermo. Dyrektor Prof. Dr. Giovanni Dotto.

GRUŹLICA A ZACHORZENIA PSYCHICZNE

podał

Dr. GIUSEPPE BONASERA.

(Oryginał włoski przesłany do wydrukowania w Nowinach Psychjatrycznych[1]).

Badanie stosunku gruźlicy do zachorzeń psychicznych nie jest rzeczą nową. Interesowała i zajmowała ona licznych autorów, którzy chcieli się dowiedzieć, czy między gruźlicą a zachorzeniem psychicznem istnieje stały i pewny stosunek przyczynowy i czy etjologję różnych form psychopatycznych, często niejasną, należy szukać wyłącznie w infekcji tuberkulicznej.

Badania kliniczne gruźlicy, zwłaszcza w zachorzeniach psychicznych, sprawiają niemałe trudności; błędy wprowadzone do statystyki przyczyniły się do tego, że wyniki badań nie są zbyt pewne. Dokładniejszy rezultat w kwestji wzmiankowanej dały badania oparte na oględzinach pośmiertnych anatomo - patologicznych, w których zostały uwzględnione nietylko postacie chorobowe uznane za tuberkuliczne, ale także przypadki kliniczne wątpliwe i postacie od dłuższego czasu wyleczone; pozwalają one wyodrębnić przypadki, w których infekcja tuberkuliczna stała się przyczyną śmierci pacjentów.

Podczas, gdy obserwatorzy, którzy w dochodzeniach swoich nad związkiem gruźlicy z chorobami psychicznemi ograniczyli się do badań klinicznych zachorzeń tuberkulicznych, osiągnęli tylko minimalne odsetki, inni liczni badacze, którzy zestawili statystyki na podstawie badań autoptycznych, znaleźli niekiedy liczby wysokie, jakkolwiek nie osiągnęli cyfr podanych przez anatomo-patologów, którzy określili odsetkę przypadków tuberkulicznych cyfrą ca. 100 na 100.

Opierając się na licznych oględzinach pośmiertnych dokonanych w Instytucie Klinicznym Zakładu Psychjatrycznego we Florencji, Zalla niedawno przeprowadził szereg bardzo dokładnych badań nietylko statystycznych ale poświęconych także etjologji, zwłaszcza w chorobie „dementia praecox", której nadzwyczaj zawiły problem dotąd nie został definitywnie rozwiązany.

[1]) tłom. A. P.

W materjale anatomo - patologicznym z 2093 autopsji Zalla napotkał gruźlicę w 20,87%, największą ilość przypadków gruźlicy u osób w wieku między 20 a 25 rokiem życia, a najmniejszą u starców 70—90 letnich. Wyższa odsetka występuje zatem w tym wieku, w którym większy jest rozwój infekcji tuberkulicznej. Badając następnie stosunek gruźlicy do poszczególnych chorób psychicznych, autor stwierdził, że podczas, gdy dla niektórych postaci chorobowych (alcoholismus chronicus, pellagra, paralysis progressiva, amentia, cerebropathia senilis, mania et melancholia periodica, psychosis circularis), liczba zmarłych na gruźlicę była niska, w innych chorobach (cerebropathia infantilis, imbecillitas, epilepsia) była wysoka; stąd wynika, że *traktując,* jak mówi autor, *o chorobach chronicznych, z początkiem choroby prawie zawsze bardzo rychłym, nie można dat statystycznych, nie opartych na danych z nader szczegółowych wywiadów, zużytkować dla dedukcji kliniczno-etjologicznych.*

Wysoką była także odsetka gruźlicy w różnych syndromach stanowiących część rozległej grupy chorobowej „dementia praecox". Zalla stwierdził 70,31% gruźlicy w hebofreno - katatonji, 49,39% w formach paranoidalnych, 42,10% w syndromach katatonicznych presenilnych i senilnych i 63,63% w formach paranoidalnych presenilnych i senilnych. Autor wybrał sobie wzmiankowane psychozy za przedmiot szczegółowych badań prawdziwie wartościowych; po przestudjowaniu hipotez tyczących tej dziedziny psychjatrycznej i będących obecnie w modzie, doszedł on do następujących wniosków: *1) Śmiertelność na gruźlicę jest zwykle bardzo wielka między hebefreno-katatonikami i także znaczna między pacjentami paranoicznymi, bądź to w sensie absolutnym, bądź to w stosunku do wszystkich innych psychopatji nadających się do porównań statystycznych. 2) Znaczna śmiertelność na gruźlicę w chorobach wzmiankowanych nie jest dostatecznie wytłomaczona ani wiekiem chorych, ani trwaniem choroby i pobytem w zakładzie psychjatrycznym ani niehygjenicznymi warunkami życia powodowanymi chorobą. 3) Syndromy hebefreno-katatoniczne i zespoły paranoidalne przedstawiają formy reakcji systemu nerwowego u osób konstytucjonalnie predysponowanych do zachorzeń z czynników etjologicznych prawdopodobnie różnych, między którymi znajduje się nie rzadko infekcja tuberkuliczna.*

Jako skromny przyczynek do tematu (każda praca w dziedzinie wiedzy ma swoje znaczenie dla ożywienia problemów jeszcze nie rozwiązanych i dla przyspieszenia tego rozwiązania) zebrałem wszystkie autopsje wykonane w Zakładzie Psychjatrycznym w Palermo, w gabinecie anatomo-patologicznym profesorów Pusateri, Mirto i Gentile[1]), od roku 1907 do dnia dzisiejszego.

---

1) Dziękuję bardzo prof. Gentile za cenne wyjaśnienia, dane mi przy licznych autopsjach wykonanych przez niego i dziękuję także p. Dyr. Prof. Dotto za szczodre rady, których mi udzielił przy spisywaniu obecnej pracy.

Niewielka ilość autopsji (493) w stosunku do okresu z 18 lat tłomaczy się licznemi trudnościami, które często stały na przeszkodzie wykonaniu sekcji; z tego powodu ginął materjał cenny dla badań licznych problemów naukowych. Często rodzina domagała się wydania nieboszczyka. Do tego dochdozi, że w okresie cholery (w r. 1910 i 1911) i influencji (1918) zwiększona ilość przypadków śmierci i brak personalu sanitarnego nie umożliwiały dokonania tyle autopsji; niektóre były bez użytku, bo wykonane bardzo dorywczo.

Mimo to zdaje mi się, że zajęcie się badaniem wyników autoptycznych w celu stwierdzenia stosunku gruźlicy do różnych form chorobowych i zastanowienia się szczegółowego, które choroby mają większy związek z infekcją tuberkuliczną, jest uzasadnione; przytem nie mam bynajmniej pretensji do rozwiązania jednego z najtrudniejszych problemów patologji chorób psychicznych.

Klasyfikację chorób przeprowadziłem według wskazówek kongresu w Ankonie. Zaniechałem wymienienia tych przypadków chorobowych, w których nie było autopsji, niektórych nie wymieniłem z tego powodu, że zachodzą rzadko w Sycylji (psychosis pellagrosa, psychosis alcoholica), inne pominąłem ponieważ związane są z różnemi epidemjami nie sprawdzonemi w tym czasie w Instytucie.

Zebrałem w dwóch tablicach cały materjał, którym rozporządzałem i to w sposób taki, ażeby módz porównać ilość przypadków gruźlicy stwierdzonych przez autopsję z liczbą różnych form chorobowych, po drugie, ażeby zrobić to same porównanie w stosunku do wieku nieboszczyka w chwili śmierci. Przypadki gruźlicy uznane jako śmiertelne, zostały spisane obok takich, które nie były śmiertelne. Wymieniając zatem szczupłą liczbę niektórych przypadków ostatniej kategorji, uważałem za właściwe, uwzględnić ich odsetkę pod rubryką „razem". Należy jeszcze dodać, że tym sposobem niektóre odsetki wypadły wysoko, ponieważ

TABLICA I.

CHOROBY	Numer autopsji	Mężczyźni	Kobiety	Tuberkulosis Letalis	Tuberkulosis Non letalis	Tuberkulosis Totale	W procentach
Dementia paralytica . . .	44	39	5	2	1	3	6,8 %
Syndroma amentiale . . .	78	66	12	2	1	3	3,8 „
Status maniacalis	61	41	20	8	2	10	16,3 „
Status melancholicus . . .	48	37	11	10	2	12	25 „
Frenastenia	66	54	12	16	6	22	33,3 „
Psychosis epileptica . . .	60	50	10	6	2	8	13,3 „
Psychosis neurasthenica . .	11	8	3	1	—	1	9 „
Paranoia	12	11	1	4	1	5	41,6 „
Cerebropathia senilis . . .	75	55	20	2	—	2	2,6 „
Moral insanity	4	4	—	—	—	—	0 „
Dementia praecox	34	25	9	15	6	21	61,7 „
	493	390	103	66	21	87	17,6 %

TABLICA II.

WIEK ZMARŁEGO	Numer autopsji	Mężczyźni	Kobiety	Tuberkulosis Letalis	Non letalis	Totale	W procentach
5—10	1	1	—	—	—	—	0 %
10—15	5	2	3	3	1	4	80 "
15—20	26	19	7	7	4	11	42,3 "
20—25	34	23	11	9	7	16	47 "
25—30	45	35	10	8	4	12	26,6 "
30—35	41	34	7	8	1	9	21,9 "
35—40	45	36	9	5	2	7	15,5 "
40—45	49	41	8	5	—	5	10,2 "
45—50	44	38	6	6	1	7	15,9 "
50—55	47	40	7	4	1	5	10,6 "
55—60	39	30	9	4	—	4	10,2 "
60—65	37	28	9	3	-	3	8,1 "
65—70	39	33	6	2	—	2	5,1 "
70—75	29	20	9	2	—	2	6,8 "
75—80	8	7	1	—	—	—	0 "
80—85	3	2	1	—	—	—	0 "
85—90	1	1	—	—	—	—	0 "
	493	390	103	66	21	87	17,6 %

przy niewielu autopsjach można napotkać przypadkowo na niejeden przypadek gruźlicy. Z tego względu przypisałem odsetkom tak znalezionym względne znaczenie; mimo to nie należy tej pozycji zaniedbać, zwłaszcza gdy przypadki tuberkuliczne były liczne.

Studjum obydwóch tablic wykazuje następujące fakty:

DEMENTJA PARALITYCA: na 44 autopsje przypad. tylko 3 przypadki gruźlicy (6,8 %), odsetka niska, która by z pewnością była jeszcze niższą przy większej ilości przypadków autopsji. Wszystkie te przypadki z punktu widzenia symptomatycznego (objawy somatyczne i psychiczne) przedstawiały formy klasyczne. Mężczyźni przeważali.

AMENTIA. Liczba przypadków amencji badanych pośmiertnie była znaczna, jednakże odsetka gruźlicy bardzo niska (3,8%). Większa część pacjentów chorowała krótko. Chorzy umierali po parumiesięcznym pobycie w zakładzie, a niektórzy po kilku dniach. Na odwrót, pewne długotrwałe formy pomieszania okazały się pod względem symptomatycznem jako „dementia praecox".

Umiarkowana była odsetka gruźlicy w stanach manjakalnych (16,3 %). Wszystkie przypadki przedstawiały czystą formę manji, nie symptomatyczną postać innej choroby, ze znaczną odsetką kobiet (20 na 61 przypadków). W żadnym przypadku choroba psychiczna nie trwała dłużej niż rok i wszyscy chorzy byli poraz pierwszy w zakładzie psychjatrycznym.

Wyższą była odsetka gruźlicy (25 %) w stanach melancholijnych, przeważnie w prostych postaciach melancholji; niektóre osoby chorowały długo i dostały się na stół sekcyjny w wieku często podeszłym. Ilość suchotników była obfitszą w wieku od 50—70 lat życia.

Wysoką odsetkę przypadków gruźlicy wykazywali *frenastenicy* (33,3 %). Do frenastenji zaliczyłem wszystkie stopnie wrodzonych niedomagań; były to przeważnie osoby młode, liczące około 20 lat, wykazujące wybitny stopień degeneracji, z wyraźną, przeważnie letalną gruźlicą.

EPILEPSJA. Grupa epilepsji miała 13,3 % gruźlicy. Wszystkie postacie tej psychozy przedstawiały znaczny ubytek władz umysłowych i wybitne cechy neuro - psychopatyczne. Niektórzy pacjenci cierpieli na częste napady kurczowe (3—4 dziennie).

Mało było przypadków psychozy *neurastenicznej* Jedyny przypadek gruźlicy na 11 autopsji nie ma żadnego znaczenia dla określenia odsetki (9 %). Rzadkość przypadków tej choroby pochodzi od faktu, że liczne remisje, zachodzące często w owej chorobie, nie pozwalają na długi pobyt chorego w zakładzie psychjatrycznym; to też rzadkie są przypadki z zejściem śmiertelnem.

Wysoką odsetkę gruźlicy znajdujemy *w paranoi;* atoli, jak w grupie poprzedniej, liczba autopsji (12) jest zbyt mała dla prawidłowej oceny stosunku zachorzeń tuberkulicznych do psychozy. Wszelako wysoka odsetka, 41,6 %, nie może pozostać bez znaczenia.

Natomiast *cerebropatje senilne* reprezentowane przez 75 przypadków wykazały najniższą odsetkę gruźlicy (2,6 %) ze wszystkich postaci chorobowych. Wszyscy pacjenci przebywali od niedawna w zakładzie psychjatrycznym; widoki wyleczenia były zupełnie niepomyślne.

DEMENTIA PRAECOX miała, jak prawie wszyscy autorzy w badaniach swoich stat. stwierdzili, znaczniejszą ilość przypadków gruźlicy.

Z przyczyn odemnie niezależnych jest mi niemożliwem podzielić i przedstawić tę grupę chorobową pod różnymi syndromami.

Rozporządzając tylko 34 przypadkami, różniczkowaniem drobnostkowem zmniejszyłbym znacznie odsetkę, podczas gdy cyfra procentowa uzyskana w obecnych warunkach, nie jest zbyt sprzeczna z odsetką, którą znaleźli autorzy poprzedni.

Jak już powyżej zaznaczyłem, przy wspominaniu syndromów amentywnych, pewna liczba postaci z pomieszaniem wykazywała objawy psychozy „dementia praecox".

Prawdziwa djagnoza choroby „dementia praecox" nie była sformułowana z upływem okresu obserwacyjnego, lecz istniała od dłuższego czasu, kiedy postać chorobowa przedstawiała się w swoich klasycznych objawach. Takie przypadki, u których szybko nastąpiła śmierć, miały wysoką odsetkę gruźlicy, coby wskazywało na ścisły związek między chorobą „dementia praecox" a infekcją tuberkuliczną. Wiek pacjentów, według moich obserwacji, wahał się między 20 i 40 rokiem życia. Z powodu niedostatecznych danych z wywiadów nie można dokładnie oznaczyć czasu, w którym nastąpiła infekcja tuberkuliczna, czy przed, czy po zachorowaniu na psychozę. Na 21 przypadek gruźlicy 15 było letalnych, a wiek tych ostatnich był niższy od wieku przypadków gruźlicy nieletalnych.

Dodać należy, że dla większej ścisłości statystyki, zostały wykluczone z obliczeń wątpliwe formy psychoz; w mniemaniu, że niektóre z tych form możnaby zaliczyć do grupy „dementia praecox“, śmiem wypowiedzeć zdanie, nie osłabiając stopnia ścisłości tej pracy, że odsetka gruźlicy byłaby wyższa.

Z mego obliczenia statystycznego wynika, że odsetka gruźlicy u zmarłych w tutejszym Zakładzie jest dość wysoka, jakkolwiek bardzo znaczna ilość autopsji została zaniechana z powodów powyżej wzmiankowanych. W każdym razie mogę podkreślić, że czynnika quantytatywnego gruźlicy, którego się spotyka w zachorzeniach psychicznych, z pewnością nie należy bagatelizować. Formy tuberkuliczne są bardzo częste zwłaszcza w grupie „dementia praecox“, której etjologja stanowi ważny przedmiot badań. Statystyka moja nie zawiera tylko form letalnych gruźlicy ale także formy z najdrobniejszemi uszkodzeniami; temsamem odsetka przypadków tuberkulozy staje się wyższa od cyfry procentualnej z przypadków letalnych. Postaram się wyjaśnić szczegół ten w następującej dyskusji. Jest rzeczą pewną, że gruźlica zachodzi w licznych przypadkach zachorzenia psychicznego. Dla tych, co pragną widzieć w tem zjawisku związek między obu chorobami, wyłania się takie pytanie: *Czy psychicznie chorzy są w znacznej części tuberkulikami z tego powodu, że jedna choroba jest przyczyną drugiej, a druga skutkiem pierwszej, albo czy gruźlica nawiedza psychicznie chorych w ten sam sposób i w tej samej mierze co psychicznie zdrowych.*

Chciałbym odwołać się do tego, co już wyświetliły dokładne badania patologów, mianowicie, że mniejwięcej 95% mężczyzn ma uszkodzenia tuberkuliczne różnego stopnia. Należy mieć na uwadze, że pomiędzy osobami psychicznie choremi, u których statystyki wykazały w 10 — 25% gruźlicę (tylko letalną), choroba ta nie jest więcej rozpowszechniona, niż u osób psychicznie zdrowych. Nie ograniczam się do twierdzenia, nie przedyskutowawszy kwestji. Stwierdzam, że żaden z badaczy nie podał dotąd cyfry 95% gruźlicy (letalnej i nieletalnej) bez względu na to, że wiele autopsji zmarłych, poprzednio cierpiących na choroby ogólne, przeprowadzono na osobach, które za życia znajdowały się w warunkach większej odporności organicznej względem przyczyn chorobowych.

Nie mam zamiaru przeczyć, że u psychicznie chorych napotyka się znacznie więcej letalnych przypadków gruźlicy niż u psychicznie zdrowych; równocześnie muszę dodać, że w przypadkach ciężkiej gruźlicy tylko mało osób choruje na psychozę.

Czy u osób psychicznie chorych z ciężkiemi zaburzeniami w dziedzinie przemiany materji i z osłabioną z tego powodu odpornością na infekcje w ogólności, a na infekcję tuberkuliczną w szczególności owa podstępna choroba nie znajduje pola żyznego dla swego rozwoju?

Raz się usadowiwszy infekcja postępuje, przyjmuje rozmiary wielkie i wiedzie, niekiedy w krótkim czasie, na śmierć biednych cho-

rych, których organizm płonący, z dwóch stron jest rujnowany, gruźlicą i zachorzeniem psychicznem.

Chciałbym tu wskazać na tę okoliczność, że niektóre postacie rozprzężenia psychicznego występujące u większości suchotników przedstawiają przypadki pozostające zawsze poza granicami obłąkania. Jest to straszna wizja egzystencji nieubłagalnie dogorywającej, stojącej w ostrej sprzeczności z pragnieniem życia zawsze gorącem, co wywołuje osobliwy stan depresji albo egzaltacji, przesadę egoizmu osobistego, rozkosz prawie zwierzęcą wobec cierpień innych, rozpalając znowu nienawiść do tych, którzy się rozkoszują życiem. Są stany, które mijają (w przypadkach, gdzie wyleczenie jest możliwe) z ustaniem choroby, tymczasem prawdziwe psychozy raz ustalone, postępują dalej także wtedy, gdy gruźlicę można uważać za wyleczoną pod względem klinicznym.

Zdaje mi się, że między gruźlicą i psychozą nie wypada upatrywać stosunku przyczyny i skutku, raczej należy myśleć o tem, że między tuberkulikami łatwiej niż u zdrowych mogą rozwijać się choroby psychiczne. Można tylko powiedzieć, że gdy przez zbieg okoliczności na organizm usposobiony do zachorzeń psychicznych działa gruźlica, wtedy choroba ta wyciska swoje piętno osobliwe na psychozie zjawiającej się i nadaje jej charakter, który inaczejby nie powstał W rzeczywistości suchotnicy, którzy równocześnie chorują na psychozę, nie znajdują się w tym stanie choroby z powodu gruźlicy, lecz tylko przez zbieg okoliczności, t. z. że występują równocześnie jedna i druga choroba. Można także powiedzieć, że równoczesne przyczynowe zaistnienie dwóch predyspozycji (tuberkulicznej i psychjatrycznej), nadaje zachorzeniu psychicznemu charakter, który spotyka się tylko przy spółistnieniu gruźlicy. Należy jeszcze dodać, że w wielu psychozach kryptogenetycznych gruźlica występuje bardzo często. Widzimy, że dementia praecox, choroba o nieznanej jeszcze przyczynie, wykazuje większą odsetkę gruźlicy letalnej, mianowicie w swojej postaci hebefreno-katatonicznej, w wieku, w którym znaczna danina opłacana bywa infekcji tuberkulicznej.

Byłbym przeto skłonny przyjąć, że gruźlica wpływa na rozwój psychozy w kierunku postaci klasycznych grupy „dementia praecox" i że w przypadkach, w których psychoza nie kojarzy się z gruźlicą czynną, chorobliwe usposobienie osobników przedstawia podatny grunt do powstania gruźlicy zamkniętej. Tak pojęta gruźlica przestałaby być przyczyną wywołującą zachorzenia psychiczne, a stałaby się powodem współczynnym. Etjologja byłaby zatem uzupełniona predyspozycją do zachorzeń psychicznych. Z jakich czynników wewnętrznych gruźlica może być przyczyną tego rodzaju, nie umiałbym określić. Problem patogenetyczny jest jeszcze bardzo niejasny. De Sanctis (rozprawa o psychopatologji) znając trudności rozwiązania problemu, zaznacza, że w grupie „dem praecox" *chodzi o chorobę, która wymaga do po-*

wstania dwuch fundamentalnych warunków, mianowicie pierwotne osłabienie mózgu i intoksykacja, która najczęściej stoi w związku z rozwojem seksualnym.

Nawiązując do tej hipotezy, nie popełnię błędu zdaje mi się, gdy dodam, że dwa te fundamentalne czynniki działają równocześnie w danym osobniku i że drugim z nich, to znaczy intoksykacją, może być infekcja tuberkuliczna, którą należałoby czynić odpowiedzialną za dysfunkcje wewnątrz-wydzielcze, manifestujące się w okresie życia, w którym wytwarzane specjalne hormony (przeważnie w sferze seksualnej) wchodzą w stan działania.

Nie mam pretensji w myśli powyższej dać definitywną odpowiedź w trudnej kwestji stosunku gruźlicy do zachorzeń psychicznych.

Uważam tylko za wskazane nie przyjmować hypotez krańcowych wywołujących raczej krytykę niż prowadzących do rozwiązania problemu, który będzie zajmował umysły jeszcze wielu badaczy.

Porównaj pracę: M. Zalla, Tuberculosi e malattie mentali (Riv. di Pat. Nerv. e Ment. vol. XVIII, fasc. 5—6, 1923), zawierającą obszerną literaturę o przedmiocie.

Hôpital Psychiatrique à Palermo. Directeur Prof. Dr. Giovanni Dotto

LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES MENTALES.

Par

LE DR. GIUSEPPE BONASERA.

L'auteur a appuyi ses études sur les relations entre la tuberculose et les maladies mentales sur le matériel d'autopsies (493 cas) exécutées pendant les derniers 18 ans (1907—1925) dans l'hôpital psychiatrique à Palermo; il a constaté que le nombre des cas tuberculeux est grand parmi les morts et très grand dans le groupe de la démence précoce La dém. préc., surtout dans sa forme hébéphréno-catatonique, montre relativement un plus grand nombre de la tuberculose létale. Néanmoins il ne faut pas considérer la tuberculose comme la cause d'une maladie mentale. L'auteur soutient qu'une psychose peut se développer plus facilement chez des personnes tuberculeuses que ches des personnes saines.

En agitant par concomitance sur un organisme dont le system nerveux est prédisposé à une psychopathie, la tuberculose empreint sur une psychose un caractère qui se développe dans une certaine direction, en particulier dans la direction des formes morbides du groupe de la démence précoce.

Conformément à la thèse soutenue par De Sanctis, que la dém. préc. éxige pour son commencement deux conditions fondamentales: la faiblesse cérébrale primitive et l'intoxication, l'auteur énonce que ces deux facteurs agient en même temps sur l'organisme et que le second facteur peut être l'infection tuberculeuse.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

w dniu 2. 7. 24.

Piotrowski: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Oskarżenie o systematyczne okradanie. — Niepoczytalność.*

E. K. lat 31. oskarżona o „systemateczne okradanie" sklepu, w kórym była ekspedjentką.

Siostra oskarżonej, p. W. podaje, że oskarżona do roku 1918 była „całkiem normalna". W roku 1918 przebyła tyfus. Po tyfusie zmieniła się. Uderza przedewszystkiem, że E. miewa bóle głowy; wtedy zabiera rozmaite przedmioty, stosowne i niestosowne, i przechowuje je u siebie w łóżku, a bo w innem miejscu, m. i. zabrała jednej siostrze spodnicę, rękawiczki, ojcu ubranie, pasek do ostrzenia brzytwy. Przedmioty te znaleziono w łóżku jej pod poduszką. E. nie zawsze wiedziała, że zabrała coś i schowała.

Od chwili rozprawy sądowej, która się odbyła przed kilku miesiącami, oskarżona jest milcząca, nie okazuje żadnego zainteresowania; do jedzenia trzeba ją namawiać; rozmawiać z nią nie można i trzeba wszędzie jej towarzyszyć, bo rodzina jej nie ufa; to też świadek przyprowadziła oskarżoną na badanie, ponieważ nie jest pewnem, czy oskarżona sama by przyszła. Właściciel sklepu, w którym E. K. była zatrudniona, oświadczył przy sposobności, że obserwował następujące fakty: E. K., jeżeli nie mogła czego zabrać z sobą, zachowywała się tak. jakby była chorą; gdy jej się co powiedziało, E. już za chwilę tego nie pamiętała. W. K. podaje dalej, że E. nie była zaręczoną, nie miała stosunku z mężczyznami i nie ma widoków wyjścia za mąż. Miesiączkowanie siostry odbywa się nieregularnie.

Podczas przesłuchów i badania oskarżona siedzi obojętnie na krzesełku albo patrzy obojętnie oknem, nie okazuje najmniejszego zainteresowania dla otoczenia i dla sprawy, na pytania nie odpowiada wcale albo mówi nie dorzeczy; pytania trzeba nie raz kilkakrotnie powtarzać, ażeby badaną wyrwać ze stanu rozmarzenia. Oskarżona na pytania odpowiedziała, że przed kilku laty chorowała na tyfus, ale nie wie kiedy, że nie wie, kiedy ostatni raz miesiączkowała, że nie wie, kiedy się rodziła, że nic nie wie o sprawie sądowej i o kradzieży, że nikomu nic nie skradła, że wymienionych w aktach osób, mianowicie p. K. i S. nie zna, że wie tylko, że J. B. jest jej siostrą; oskarżona pamięta dalej, że chodziła do jakiegoś sklepu, ale nie wie gdzie, nie wie, na jakim dziale pracowała, natomiast wie, że p. E., to jej były szef. Badana odpowiada przeważnie „nie wiem" i „nie pomiętam", łatwych zadań rachunkowych z małej tabliczki mnożenia nie rozwięzuje. Badana trzyma się za głowę i skarży się: „tak mnie strasznie głowa boli, zapominam".

Oskarżona. jest wychudzona, blada, ma nieczystą cerę, trzyma się niedbale. Napięcie mięśniowe jest słabe. Uwydatnia się wyraźnie drżenie ciała, rąk i powiek. Po obu stronach tułowia czucie jest przytępione. Odruchy z błon śluzowych są zniesione, odruchy ścięgnowe wzmożone. Tętno uderza nieregularnie 120 razy na minutę.

E. K. jest osobą pod względem cielesnym znacznie osłabioną i psychicznie zahamowaną. Jak z wywiadów wynika, oskarżona przed 6 laty przebyła tyfus. Tyfus nieraz zostawia ślady w postaci osłabienia nerwowego i osłabienia pamięci i niekiedy nawet powoduje zmiany charakteru w znaczeniu ujemnem (pod względem etycznym). Badanie i wywiady z wynikiem badania niesprzeczne, cechują oskarżoną jako osobę upo-

śledzoną. Osoby tego rodzaju co oskarżona, mogą miewać chwile, w których znajdują się w stanie chorobliwego zaburzenia psychicznego z wykluczeniem wolnej woli, a co najmniej z osłabieniem wolnej woli. W każdym razie wskutek upośledzenia psychicznego oskarżona ma wolną wolę osłabioną. Istnieje zatem prawdopodobieństwo, że E. K. miała także wolną wolę osłabioną, gdy popełniała kradzieże.

Stan obecny oskarżonej kwalifikuje się jako zamroczenie, jako psychoza reaktywna, powstała wskutek sprawy sądowej, a więc z powodu wstrząsu psychicznego u osoby usposobionej do zachorzeń psychicznych. Niektóre objawy chorobowe są ze względów na przykrą sytuację przesadzone czasem do tego stopnia, że wywołują podejrzenie symulacji. Jednakże po odciągnięciu wszystkiego tego, co jest podobne do symulacji, pozostaje dosyć objawów chorobowych (porównaj niesymulowany stan cielesny i wiarogodne dane z wywiadów), które pozwalają kwalifikować oskarżoną jako osobę o słabej woli.

DYSKUSJA.

Siemionkin uważa, że zahamowanie pacjentki nie jest głębokie, ponieważ badana wyraźnie reaguje na bodźce zewnętrzne. P. S. chociaż nie wątpi, że E. ma osłabioną pamięć, upatruje jednak w niektórych przewrotnych odpowiedziach przesadę niedołęstwa. Rozmarzony wzrok badanej i jej przykre przejścia życiowe cechują stan obecny jako psychiczny stan reaktywny.

Reimann zaznacza, że przy odpowiadaniu badanej na pytania jej zadane. odnosi się wrażenie, jakoby badana umyślnie dawała odpowiedzi błędne. Zdaniem p. Reimanna chodzi w tym przypadku o stan lekkiego zamroczenia umysłowego, znany pod nazwą: stan zamroczenia Gansera.

Gradziński.

* * *

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 19.8.24.

Al. Piotrowski — ATROFJA MÓŻDŻKA

Pacjentka A. S., lat 64, 7 lat zamężna, ma 5 zdrowych dzieci; poronień nie było. W rodzinie pac. nie zachodziły choroby o typie, na który pacj obecnie cierpi. Od 5 lat pac. jest chora „na żołądek“ i z tego powodu, oddano ją przed 3 laty do szpitala, gdzie się leczyła na żołądek. Boleści były jakby przy porodzie. Pacj. skarży się także na słaby żołądek i twierdzi, że skoro coś zje, musi zaraz iść na ustęp. Czasem pojawiają się boleści podobne do porodowych. Zawrotów i bólów głowy w ostatnich latach nie miała i nie ma. Słuch w prawem uchu od dzieciństwa przytępiony.

Stan obecny. Grubych zaburzeń czuciowych niema. Natomiast wrażliwość na bodźce bólowe jest nieco wzmożona, pod względem jakościowym pacj. odczuwa prawidłowo bodźce czuciowe. Odruchy ścięgnowe są żwawe. Odruch antagonistyczny mięśnia piszczelowego przedniego (objaw Piotrowskiego) występuje wyraźniej po stronie lewej niż po stronie prawej. Innych odruchów patologicznych niema. W prawej kończynie dolnej wyraźna hypotonja. Mięśnie w kończynach wiotkie. Odruchów brzusznych brak. Tętno 96, trudne do stłumienia, głos nad aortą akcentowany.

Przy wstawaniu pacj. najpierw podnosi kończyny dolne, opiera się potem o podstawę rękoma, aby utrzymać równowa-

gę, przyczem chwieje się na wszystkie strony, podnosi się niezgrabnie, ociężale. Chód jest chwiejny, niepewny, jak u człowieka pijanego. Pacj. idąc, nie zbacza z linji prostej. W prawej ręce wyraźny objaw adiadochokinezy. Siła ruchowa w obu rękach słaba, p. <1. Symptom nosowo-palcowy w prawej ręce nieprawidłowy, w lewej prawie normalny. „Zeigeversuch" wypadł prawidłowo, to jest tak, że chociaż ręka prawa początkowo zbaczała na prawo, to jednak w końcu wskazywała prawidłowo.

Mowa nie jest zwolniona ani skandująca i nie wykazuje typowych zaburzeń, mianowicie niema potykania na zgłoskach

Nystagmus wszechstronny; gdy pacj. leży, nystagmus występuje silniej w tę stronę, na której chora leży. Źrenica lewa reaguje na nastawienie i na naświetlenie nieco leniwie. Prawa źrenica pod wpływem atropiny jest maksymalnie rozszerzona i nieruchomo. Dno oka jest normalne, zlekka anemiczne w tarczy lewej (badał okulista kol. Krajski).

Przy zesuniętych stopach i zamkniętych oczach pacj. czuje się niepewną i chwieje się. Po dziesięciu obrotach bądź w lewą, bądź w prawą stronę, pacj. traci pewność siebie, przy staniu chwieje się i skarży na zawrót głowy. Po obrotach tych nystagmus wzmaga się.

Siła motoryczna w ogólności słaba, jest znacznie zredukowana w kończynach prawej strony. Objawów skurczowych niema.

Mocz zawiera ślady białka i w polu kilka leukocytów w stanie rozpadu. Cukru niema. Odczyn Bordet-Wassermanna w surowicy negatywny[1]).

Stan psychiczny. Pacj. jest w dobrym humorze, gadatliwa i żartobliwa, odpowiada chętnie, ma dobrą pamięć, dokładnie opowiada szczegóły ze swego życia, pamięta nawet taką drobnostkę, że przy przyjmowaniu przed rokiem zapytano ją, czy wie, gdzie się znajduje. Pacj. jest zorjentowana w miejscu i w czasie, jednak nie zdaje sobie sprawy ze swego stanu chorobowego, Abstrahując od dolegliwości żołądkowych, na które się skarży. pacj. uważa się za zupełnie zdrową, chce być zwolniona, przytem skarży się na brata, że chciał się jej pozbyć po sprzedaniu gospodarstwa i dlatego oddał ją do zakładu, równocześnie chce do brata powrócić. Pacj. jest euforyczna, bierna, okazuje mało inicjatywy i energji, chwali się, że nie jest głupią, że wie wszystko, ulega łatwo perswazjom, odpowiada na żarty wesołością, istoty żartu, nie pojmuje. Sprzeczność między wyobrażeniami chorej. a jej działaniem, między nastrojem a sytuacją obecną, jej nieuzasadniona euforja, nadzwyczajna uległość zdradzają osłabienie psychiczne.

Wnioski. Objawy cielesne jak oto: chód pijanego (ataxia cerebellaris) z hypotonją, mianowicie w prawej kończynie dol-

[1]) Odczyn Bordet-Wassermanna w płynie mózgordzeniowym okazał się przy późn. badaniach negatywnym. Ilość cholesteryny 0,003 w 100 cm^3; gobuliny. Ciśnienie płynu było wysokie.

nej, adiadochokineza w prawem ręku, nystagmus szczególnie silnie wystepujący w pozycji leżącej bocznej, Romberg, znacznie zmniejszona siła motoryczna w kończynach prawej strony, stanowią zespół objawów cechujący organiczne zachorzenia prawej półkuli móżdżka. Podeszły wiek, trudność stłumienia tętna, objaw Piotrowskiego, osłabienie psychiczne wskazują na zachorzenie organiczne także mózgu i na arteriosklerozę. Objawy móżdżkowe w ciągu roku straciły na intensywności, należy wnioskować, że pacj. miała krwotok, śródmóżdżkowy, który spowodował przedstawiony obraz chorobowy.

DYSKUSJA.

Bielawski: Przytępiony słuch pacjentki na prawe ucho, datujący się od dzieciństwa, każe się zastanowić nad ewtl. przebytym procesem ucha środkowego pr. i jego następstwami, nim się wykluczy sprawę labiryntu, która może nam wytłomaczyć ataksję i adjadochokinezę.

Poza tymi dwoma objawami, wszystkie pozostałe mogą być wprawdzie po części przypisywane sprawie móżdżka, zachodzą jednak i w innych procesach (hipotonja, zmniejszenie siły motorycznej po stronie prawej, Romberg, a już zwłaszcza porażenie facialis i całej strony prawej, leniwe oddziaływanie źrenic na światło, zniesienie czucia na ból i dotyk w kończynach dolnych, osobliwy charakter zmian psychicznych w formie osłabienia intelektu zabarwionego trwałą euforją). Biorąc dalej pod uwagę nietrwałość, a nawet zmienność symptomów, przyjmuje p. B. sprawę móżdżkową u pacj. jako li tylko zespół obok zachorzenia sięgającego szerzej; sądzi, że ostatnie ustalenie etjologji przed wynikami badań serologicznych jest otwarte. Obok sklerozy można mieć na myśli kiłę wrodzoną czy nabytą, (brat i dziecko są chorzy psychicznie), trudno wykluczyć już dziś również stwardnienie rozsiane. Zaburzenia psychiczne chorej nie są w każdym razie typowe dla sklerozy mózgu, gdyż tu jak wiemy, dominuje zazwyczaj depresja.

Siemionkin biorąc na uwagę obustronny nystagmus, brak brzusznych odruchów, nieco skandowaną mowę i z lekka naznaczone intencyjne drżenie, sądzi że może tu być mowa o sclerosis multiplex, umiejscowionej między innemi i w móżdżku.

Piotrowski w odpowiedzi p. Bielawskiemu zaznacza, że przytępienie słuchu istnieje u pacj. już od dzieciństwa i prawdopodobnie pacj. wtedy przechodziła jakiś proces chorobowy ucha. Pozatem przeszło 50 lat pacj. była nerwowo zdrową i nie miała żadnych objawów choroby obecnej, w każdym razie nie miała ataksji cerebellarnej i adjadochokinezy, objawów właściwych zachorzeniom móżdżka. Wobec tego nie wypada przyjmować związku przyczynowego między przytępieniem słuchu a objawami móżdżkowymi w tym przypadku.

Hemiparesis prawostronna chorej nie przedstawia zmniejszenia sił motorycznych spostrzeganego w porażeniach mózgu, lecz raczej oznacza zmniejszenie sprawności synergetycznej mięśni. Tego rodzaju hemiparezy, a nawet hemiplegje, towarzyszą prawie regularnie zachorzeniom móżdżka (Hemiplegia cerebellaris). Objawy tego typu jak ataxia cerebellaris z hypotonją, adiadochokineza i hemiparesis cereballaris dextra wskazują na zachorzenia móżdżka, a wybitna prawostronność tych objawów jest wyrazem naruszenia prawej półkuli. W przypadku demonstrowanym niema żadnych zboczeń czucia z wyjątkiem zaburzeń czucia głębokiego, który to objaw zachodzi w zachorzeniach móżdżka. Leniwe oddziaływanie źrenic na światło, nietrwałość a nawet zmienność symptomów, wskazują na arterjo-sklerozę także mózgu. Pod względem psychicznym należy podkreślić, że w sklerozie mózgu nie „dominuje zazwyczaj depresja" jak twierdzi p. Bielawski, przeciwnie zależnie od przypadku występuje taki lub też inny obraz chorobowy. Obok dobrze zachowanej ogólnej orjentacji i poczucia obowiązku znajdujemy zmniejszenie zdolności apercepcyjnych, częściowe luki pamięciowe. Czasami nawet w dość posuniętym okresie choroby sprawność sądzenia w pewnych dziedzinach jest zadowalniająca i zachowanie zewnętrzne prawidłowe. Niekiedy pojawiają się urojenia przeważnie hypochondryczne, złudzenia, omamy, myśli samobójcze, impulsywność, automatyzm. Dziedzina wzruszeniowości wykazuje mieszaninę lęku, depresji, obojętności, eufor.i. Rozumie się, że nie wszystkie wyszczególnione tutaj symptomy występują razem w jednym przypadku, lecz zawsze tylko niektóre objawy są nieco silniej zaakcentowane, inne są utajone albo

niema ich wcale, i tak np. w jednym przypadku przeważa stan euforji, w innym przypadku znowu przeważają stany depresyjne. W przypadku demonstrowanym uwydatnia się euforja. Brak stanów depresyjnych nie przemawia przeciwko arterjosklerosie.

Negatywny Bordet-Wassermann we krwi nie przemawiałby wprawdzie przeciwko sprawie kiłowej móżdżka, atoli przemawia przeciw kile ogólny stan chorobowy. Co do kiły móżdżka, wypada z aznaczyć, że takowa często objawia się w postaci kilaków; które jako narośla wywołują objawy ciśnienia, a takich objawów nie było i niema, natomiast zespół objawów jaki stwierdzono u pacj. zachodzi w zachorzeniach atroficznyeh i aplastycznych móżdżka. Przeciwko stwardnieniu rozsianemu przemawia fakt, że zupełnie brak objawów spastycznych.

P. Siemionkinowi referent odpowiada, że obraz chorobowwy w rodzaju przypadku przedstawionego przypomina nie tylko stwardnienie rozsiare (sclerosis multiplex) ale także chorobę Friedreicha (heredoataxia spinalis). Atoli w chorobie Friedreicha obok objawów móżdżkowych znajdujemy objawy wiądu rdzenia; odruchy są zniesione; oprócz tego stwierdzamy odruchy patalogiczne: jak Babiński, Oppenheim, stałą hyperekstensję palucha (stopa Brissauda), w stwardnieniu rozsianem (sclerosis multiplex) natomiast mamy — obok objawów ataktycznych, oczopląsu, mowy skandującej — przedewszystkiemi drżenie zamiarowe, objawy hyperkinetyczne, objawy skurczowe; (chód jest raczej spastyczny) i odruchy patalogiczne, (Babiński, Oppenheim). Tymczasem pacjentka mówi prawidłowo, nie ma śladu skandującej mowy; mowa nie jest nawet zwolniona (co zachodzi czasem w zachorzeniach móżdżka), niema objawów skórczowych z odruchami patalogicznymi. Brak odruchów brzusznych u pacjentki tłumaczy się wiotkością powłok brzusznych.

Zestawiając ostatnio wymienione dwie postacie chorobowe z przypadkiem demonstrowanym, stwierdzamy, że z jednej strony znajdujemy wprawdzie objawy, które zachodzą także w chorobie Friedreicha jak ataxia, nystagmus, z drugiej strony objawy, które cechują także stwardnienie rozsiane, jak brak odruchów brzusznych, nystagmus i nieprawidłowo wykonany objaw nosowo-palcowy, całość jednak obrazu chorobowego, a mianowicie ataxia cerebellaris z hypotonją przedstawia typowe zachorzenie móżdżkowe. Że w przypadku demonstrowanym nie może być mowy o chorobie Friedreicha, wynika choćby już stąd, że choroba Friedreicha jest cierpieniem rodzinnem i postępującem. Te dwie cechy kardynalne w przypadku demonstrowanym nie zacl o.łzą.

* * *

Al. Piotrowski: O WCZESNEM ROZPOZNANIU PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO.

Ref. wspomina o swojej publikacji z przed lat ośmiu, w której ujął zagadnienie ze stanowiska badań laboratoryjnych. Obecnie ref. przedstawił trzy przypadki porażenia postępującego, w których rozpoznanie nastąpiło na podstawie objawów psychicznych, bez symptomów c elesnych, bez reakcji swoistych laboratoryjnych.

P. twierdzi, że obraz psychiczny w porażeniu postępującem ma nawet w samych zaczątkach zachorzenia, a więc w okresie poprzedzającym wystąpienie objawów cielesnych i serologicznych, tak wybitne swoiste cechy, że na zasadzie tejże swoistości obrazu psychicznego można wcześnie rozpoznać porażenie postępujące. Zachorzenie psychiczne w porazeniu postępującem przejawia się przedewszystkiem pewnem osłabieniem psychycznem, mianowicie: zmiana charakteru, nastroju, zachowania; zaburzenia afektywne, beztros a, niekonsekwencja i sprzeczność w czynach i słowach, zaniedbywanie obowiązków i niezdolność do systematycznej pracy, krótko mówiąc: przejawia się to, co Duprésłusznie nazwał—zmniejszeniem zdolności autokrytycyzmu

W celu uzasadnienia swego stanowiska, p. Piotrowski przedstawia 3 osoby, które z różnemi diagnozami przybyły przed półtora roktem do Zakładu, bez objawów paralitycznych ale z wymienionemi powyżej zboczeniami.

I) p B. P. lat 40, przed $1^1/_2$ rokiem stwierdzono u pacjentki lekko zaznaczającą się stenozę aorty; chora mówiła bez związku, miała niedorzeczne urojenia wywyższenia. Bordet-Wassermann we krwi i w płynie mózgordzeniowym był, jak i inne odczyny serologiczne, negatywny. Brak związku w mowie uważano za wyraz rozstrzelenia myślowego i na zasadzie tego objawu rozpoznano schizofrenję. Dokładna analiza objawów psychicznych wykazała, że chora nie miała rozstrzelenia myślowego, lecz zaznaczona była gonitwa myśli w stanie podniecenia, która powodowała nieporządek w mowie; do tego dochodziła głupkowata argumentacja chorej; pacj. zapraszała każdego obecnego na swego męża, oświadczała się każdemu mężczyźnie, ponieważ jej mąż o nią nie dba; chora była pretensjonalna i skłonna do pieniactwa; uwydatniało się jaskrawe zadowolenie ze siebie i brak autokrytycyzmu. Słabość intelektualna występowała tutaj dość wyraźnie. Na zasadzie tych objawów Ref. rozpoznał porażenie postępujące.

II) R. W. lat 46, cierpi od 7 lat na napady kurczowe, brak cielesnych objawów paralitycznych; wyniki częstych badań serologicznych były negatywne. Pacjent uchodził za epileptyka. Dokładna psychoanaliza wykazała jednak słabość intelektu, zupełnie nie odpowiadającą otępieniu epileptycznemu; przeciwnie występowała nieuzasadniona euforja, uwydatniał się brak autokrytycyzmu głupowata argumentacja; chory był zadowolony ze siebie, wyrażał uczucie błogości. Czasami pacjent miał okresy remisji, w których mówił, argumentował i zachowywał się prawidłowo; charakter jego nie był epileptyczny. Ref. rozpoznał w tym przypadku porażenie postępujące.

III) P. Fr. Sz., 48 lat, przyszedł do Zakładu w stanie manjakalnym z rozpoznaniem psychozy manjakalno-depresyjnej i alkoholizmu. Objawów cielesnych nie było, badań serologicznych nie przeprowadzono, ponieważ pacjent bronił i broni się przed badaniem. Nadmienić tu należy, że pacjent oddawał się pijaństwu. Dokładna psychoanaliza wykazała co następuje: skargi typu hipochondrycznego, skłonności pieniacze, głupowata argumentacja, brak autokrytycyzmu, euforja, wyraźne osłabienie intelektu, zadowolenie ze siebie. Uderza przedewszystkiem równoczesność euforji i stanów hypochondrycznych.

Ref. rozpoznał na podstawie tych objawów por. post.

Dalsza obserwacja chorych potwierdziła prawidłowość rozpoznania porażenia postępującego. Obecnie po $1^1/_2$ roku zarysowują się wyraźnie typowe objawy cielesne paralityczne, jako to: nieprawidłowe oddziaływanie źrenic na światło, potykanie na zgłoskach, drżenie ust przy mówieniu, drżenie języka, porażenie nerwu twarzowego i last not least pozytywny Bordet-Wassermann w płynie mózgo-rdzeniowym w 0,1 cm^3, który wystąpił w pierwszym i drugim przypadku dopiero po kilkakrotnym (w przypadku II badano płyn 4 razy) ujemnym wyniku badań serologicznych. Że i w przypadku trzecim rozpoznanie porażenia postępującego mimo braku badania serologicznego jest prawidłowe, o tem świadczą takie objawy, występujące teraz wyraźnie, jak potykanie na zgłoskach i nieprawidłowa funkcja źrenic.

We wszystkich trzech przypadkach uderza powolny i stopniowo stale postępujący rozwój symptomów cielesnych, podczas gdy stan psychiczny prawie nie uległ zmianie, lecz pozostał na tym samym poziomie, co przed $1^1/_2$ rokiem. Że przypadki takie

nie są rzadkie, dowodzą publikacje z ostatnich czasów, a jako najnowszy przyczynek do omówionego tematu referent wskazuje na pracę w Annales Médico-Psychologiques 1924 maj Nr. 5. Sur. un cas de Paralysie Générale incipiens. La Phase pré-symptomatique par Henri Claude, René Targowla et D. Santenoise.

DYSKUSJA.

P. Bielawski dorzuca uwagę, że, być może, byłoby wskazanem ze względów klinicznych wyodrębnić porażenie postępujące o formie padaczkowatej w oddzielną podgrupę (nie wszystkie szkoły przyjmują dotąd taką podgrupę). Znamiennem jest, że tu częste napady padaczkowate nie prowadzą w zbyt szybkiem tępie do otępienia i zniedołężnienia w przeciwieństwie do innych form p. p., gdzie napady paralityczne każą zazwyczaj rokować bardzo niepomyślnie.

P. Piotrowski zaznacza w odpowiedzi, że bynajmniej nie zalicza do porażenia postępującego niektórych przypadków epileptycznych, lecz odwrotnie wcześniejszem rozpoznaniem choroby prawdziwej wyodrębnia przypadki porażenia postępującego od epilepsji, dokąd przypadki te były zaliczone. Pacjent W. nie jest wcale epileptykiem, nie przedstawia żadnej osobliwej postaci epileptycznej. Nie chodzi tu także o epilepsję wywołaną ewentualnie kiłą; W. cierpi od początku na atypową formę porażenia postępującego, przejawiającego się w okresie początkowym w napadach kurczowych. Osłabienie psychiczne chorego bowiem przedstawia typ dementywny porażenia postępującego, a nie epilepsji. Ostatni wynik badania serologicznego wykazuje pozytywny Bordet-Wassermann w 0,1 cm^3, co jest charakterystycznem dla porażenia postępującego a nie dla innych kiłowych zachorzeń mózgu.

* * *

Piotrowski. — LUŹNE UWAGI W PRZEDMIOCIE „OTĘPIENIE“ (*dementia),* SCHIZOFRENJA I KATATONJA.

Referent powołuje się na swoją pracę p. t. — Uwagi do terminu „otępienie“ z wyszczególnieniem terminu dementia praecox — wydrukowaną w pierwszych trzech zeszytach Nowin Psychjatrycznych (r. 1924), w której autor określa pojęcie otępienia jako bezpowrotny ubytek władz psychicznych i ogranicza termin ten do psychoz organicznych, nie uznając go jako właściwego dla schizofrenji (z wyjątkami); temsamem znajduje się w przeciwieństwie do tych autorów, którzy termin otępienie pojmują jako wyraz niezdolności do życia społecznego. Na zasadzie takiego określenia można pomieszanego manjaka, który z powodu swojej choroby nie jest zdolny do życia społecznego, podporządkować pod pojęcie „otępienie“ (dementia), co byłoby niesłusznem. Na poparcie swojego stanowiska referent przytacza zdanie Maurycego Mignard'a z pracy tegoż „La subduction mentale morbide“ w Annales Médico-Psychologiques, Nr. 5, Mai 1924, gdzie autor definjuje otępienie w sposob następujący: „Les démences sont des dégradations, non des dissociations de la vie mentale“. Lhermitte natomiast wypowiedział o demencji następujące zdanie: „La démence est en évolution parallèle á la destruction de ces mêmes dentrites dont l'abondance et la multiplicité de connexions avaient marqué le développement progressif des facultés supérieures, co stanowi tylko uzupełnienie zdania poprzedniego w kierunku anatomo-patologicznym. W dalszym przebiegu ro-

zważań referent zwraca uwagę na pracę J. Lautiera „Katatonja i psychoza perjodyczna" w Annales Médico-Psychologiques, Nr 1 Mai 1924, w której autor zajmuje w stosunku do katatonji takie same stanowisko jakie w ostatnich latach ustaliło się w Dziekance. P. Piotrowski nie uznaje schizofrenji jako jednolitej postaci chorobowej, lecz widzi w niej zbiorowisko symptomów, które w różnych kombinacjach zachodzą mniej lub więcej regularnie w zachorzeniach pod względem istoty odrębnych, między innemi także w grupie „schizofrenji". Na podstawie rozważań psychopatologicznych referent tak samo już przed laty przyszedł do przekonania, że katatonja jest chorobą odrębną, którą nie należy utożsamiać ze schizofrenją. (Temu zapatrywaniu nie przeczą przypadki schizofrenji z objawami katatonicznymi). Podobne stanowisko zajmuje Lautier w swojej pracy, wyrażając następujące zapatrywanie: „Nous conclusions c'est que l'on doit séparer les concepts de la catatonie et de la démence précoce, et ne pas faire exclusivement de l'uneune forme de l'autre".

DYSKUSJA.

Bielawski. — Jeżeli definicja otępienia, wyrażająca niezdolność do życia społecznego, grzeszy przesadą, gdyż jest za szeroka, jak to słusznie zauważył referent, to pojęcie otępienia w sensie proponowanym przez Lhermitte'a jest zdaniem p. Bielawskiego zbyt wązkie. Tak, pewne cechy upośledzenia intelektu n. p. epileptyków, polegające na powstałych tu trudnościach w myśleniu, powolności i mitrężności, jaka towarzyszy ich procesom intelektualnym, wogóle muszą być zaliczane do znamion otępienia, mimo że w wielu z tych przypadków nie wiemy nic lub mało o zmianach w dendrytach i anatomicznych zmianach w ogóle.

W sprawie otępienia w schizofrenji sądzi p. Bielawski, że ta postać chorobowa będąc ujęta zbytnio szeroko, jak u Bleulera i jego wyznawców, zawiera w sobie większość przypadków, gdzie się żadnego otępienia nie sposób dopatrzeć, co też podkreśla zresztą ref. w cytowanej pracy: Uwagi do terminu „otępienie" itd. Inaczej jednak wygląda sprawa, gdy się z schizofrenji wyeliminuje (co czynimy w Dziekance) przypadki w rodzaju ogłoszonego przez Bielawskiego (katatonoid psychorodny), Bornsteina (schizotymia reactiva) i szeregu innych stale cytowanych w literaturze francuskiej. Wówczas pozostanie w schizofrenji nieporównanie mniej liczna grupa zachorzeń, — zachorzeń jednak ciężkieh, przewlekłych, dających w swych okresach końcowych liczne trwałe defekty psychiczne, kióre się nie dają wytlómaczyć zmianami funkcjonalnemi a wyrażają się obrazem otępienia polegającego na zmianach organicznych.

Piotrowski odpowiada p. Bielawskiemu, że epilepsja przejawia się w różnych postaciach, między innemi w takich, których cechą jest głębokie otępienie, to znaczy bezpowrotny ubytek władz psychicznych. W takich przypadkach w oględzinach pośmiertnych stwierdzamy zmiany organiczne w mózgu z zanikiem elementów nerwowych. Tutaj godzi się mówić o otępieniu. W innych przypadkach epilepsji stwierdzamy pewne zahamowanie bez ubytku władz psychicznych, w innych znowu psychę nietkniętą. Uwagi kol. Bielawskiego w przedmiocie schizofrenji są w zupełności zgodne z zapatrywaniami referenta, który otępienie w stosunku do schizofreników uważa tylko w tych przypadkach za dopuszczalne, gdzie psychoanaliza wykazuje bezpowrotny ubytek władz psychicznych, a oględziny pośmiertne — zmiany w mózgu z zanikiem elementów nerwowych.

Frąckowiak, Gradziński.

* * *

MIESIĘCZNE POSIEDZENIE NAUKOWE LEKARZY w DZIEKANCE

ze spółudziałem lekarzy z Gniezna i innych gości w dniu 14 listopada 1924 r.
Przewodniczący p. Piotrowski. Sekretarz p. Małecki.

O. Bielawski. — SKÓRNE ZABURZENIA TROFICZNE KOŃCZYN TYPU OPARZENIOWEGO W PRZYPADKU PADACZKI SWOISTEJ.

Silne i przekrwione obrzęki ręki prawej, do stawu garstkowego włącznie, oraz odpowiedniej stopy. Na ręce lewej niedogojone blizny w okolicy 2-gich stawów palcowych i palucha. zaś na stopie lewej w okolicy kostki bocznej w stadjum krostkowania. Przeciwnie ręka prawa wykazuje prócz wzmiankowanego obrzęku objawy oparzeniowe III. stopnia (bąmble zawierające płyn surowiczy i nekrozę wszystkich warstw skórnych) w miejscach odpowiadających wzmiankowanym zabliźnieniom po stronie lewej. Podane powyżej objawy powstają u chorego nagle po ciężkich napadach padaczkowych. (Przypadek, opracowany szczegółowo będzie podany w najbliższym numerze Now. Psych.).

DYSKUSJA.

P. Piotrowski — zaznacza, że przypadek demonstrowany przez p. Bielawskiego ma znaczenie nie tylko czysto lekarskie lecz i również sądowo-psychjatryczne i to z następujących powodów. Osoba typu przedstawionego może mieć urojenia zalegające powstałe w okresie zamroczenia. Jeżeli te urojenia mają za treść przykre przeżycie walki, w której zamroczony widział się atakowanym, — rany na rękach mogą utwierdzić chorego w urojeniach i pod wpływem takich urojeń pacj. może posądzić osoby niewinne o okaleczenie go. Dlatego ważnem jest dla sądów i lekarzy wiedzieć, że rany takie powstają samorzutnie u epileptyków na tle neuropatycznem i nie mogą być bezwzględnie traktowane jako dowody zewnętrznego okaleczenia chorego.

* *
*

O. Bielawski. — *Przypadek sądowo-psychjatryczny; psychoza manjakalno-depresyjna (faza manjakalna); oskarżenie o szereg dokonanych kradzieży; opinja po myśli § 51 k. k. (niepoczytalność zupełna).*

Pac. N. lat 25, rozwijał się w dzieciństwie prawidłowo, uczył się dobrze. Dopiero w czasie służby wojskowej stał się nagle smutny i przygnębiony — nie chciał żyć; latem 1922 usiłował utopić się. 7—8 miesięcy trwał ten stan depresji, poczem zmienił się zasadniczo. Badany stał się ożywionym, wesołym, nader ruchliwym tak, że np. nie usiedział w domu podczas urlopu wypoczynkowego i powrócił przed jego ukończeniem do wojska (w zimie 1922/23). Tam bywał bardzo podniecony, wpadał często w gniew, nie dawał sobie nic powiedzieć. Stopniowo podniecenie wzmagało się. Został przekazany do szpitala, skąd po kilku miesiącach powrócił do domu. Tam niszczył meble, groził obiciem rodziców. Dlatego przewieziono go do szpitala w Wilnie, gdzie był 3 miesiące, poczem został przekazany do tut. Zakładu.

Przy badaniu cielesnem nie stwierdzono zboczeń chorobowych. Budowa ciała posądzonego przedstawia wybitnie pikniczny typ.

Pod względem psychicznym w 1-szych tygodniach pobytu w Zakładzie — pacj. prezentował się już jako typowy manjak. Stopniowo objawy te łagodnieją i ustępują zupełnie a na ich miejsce przychodzi stan lekkiego przygnębienia, który po dwóch tygodniach również znika.

W chwili obecnej N. nie zdradza żadnych objawów choroby psychicznej, zdaje sobie sprawę, że „warjował", jak mówi „i był smutny". O początkowym okresie swego pobytu w Zakładzie wspomnienia jego są bardzo niedokładne.

Co do sprawy, pacj. podaje: że zabrał podkowy, gdyż chciał za nie kupić sobie papierosów; również przyznaje się do kradzieży francuskiego klucza. Stanowczo przeczy,

by ukradł bieliznę. O czasokresie, w którym popełniał wzmiankowane czyny karalne, zachował pamięć. Wyraża obecnie pewne zdziwienie i zawstydzenie, że się dopuścił tych czynów. Tłomaczy to tem, że wówczas był „widocznie chory".

Z akt superrewizyjnych wynika, że na tę chorobę cierpiał N. już w marcu 1923 r. (gdyż w tym czasie wystawione zostało przez Szpital Okręgowy Nr IV. w Poznaniu świadectwo lekarskie stwierdzające stan chorob.), wobec czego badany został też (12. 6. 23 r.) zwolniony z wojska.

Ze wzmiankowanych akt wynika, że posądzony zabrał bieliznę, którą ukrył pod siennikiem nieobecnego wówczas kolegi, co posądzony zaprzecza w jednem zeznaniu, w innem twierdzi, że wówczas był pijany i bieliznę pogubił.

W dniu 4. 3. 24 r N. skradł klucz francuski i zastawił go u cukiernika, u którego, nie mając pieniędzy, zjadł i wypił za 7 tysięcy marek. Gdy jednak w umówionym terminie nie mógł dać pieniędzy, zaproponował mu kupno tegoż klucza.

W sprawie kradzieży podków zeznaje N., że wziąwszy podkowy w kuźni wojskowej przy świadkach, włożył je do kieszeni i pozostał nadal, w kuźni reperując kłódkę swej siostry, aż go aresztowano. W dwa dni po wypadku kradzieży bielizny, dowódca kolumny pisał, iż N. „symuluje stan anormalny". W piśmie z 16. 4. 23 r. tenże d-ca wzmiankuje: „zachowuje się wobec przełożonych nietaktownie, stale napełniony śmiechem i uważa się za nerwowego, umysłowo chorego i czeka na zwolnienie". Siostra N. podaje, że brat jej żądał pieniędzy, zabierał niektóre rzeczy i wykazywał nienormalny stan umysłu.

Na podstawie powyższego przychodzi Ref. do wniosku:

Zachowanie się N. w wojsku w okresie conajmniej od pierwszego wypadku kradzieży (zacytowana I-sza opinja dowódcy) aż do końca jego pobytu w kadrze, nacechowane jest objawami psychicznymi, które charakteryzują lekki stan manjakalny, którego końcową fazę o znacznem nasileniu chory przebył w Dziekance. Wywiady od matki i zeznania siostry posądzonego, w sposób nieudany uzupełniałą tylko obraz chorobowy stwierdzony w tut. Zakładzie i dlatego są wiarogodne. W stanie chorobowego manjakalnego podniecenia, wskutek sparaliżowania socjalnoetycznych hamulców psychicznych, łatwo może się chory dopuścić wykroczeń tej natury, co wyszczególnione w cytowanych aktach sądowych.

Pac. O. N. — w chwili dokonywania czynów karalnych, znajdował się w stanie akiego chorobowego zaburzenia umysłu, który wykluczał jego wolną wolę (po myśli § 51 n. u. k.).

DYSKUSJA.

P. Piotrowski — jest zdania, że przestępstw popełnionych w wojsku' przez przedstawionego pacjenta nie można łączyć w jedną całość, lecz trzeba je traktować oddzielnie, każde z osobna. — N. nie miał zamiaru popełnienia kradzieży, podkowy zabrał odruchowo w chwili, kiedy je zobaczył, schował je do kieszeni w obecności świadków, którzy go obserwowali i w następnej chwili oddali w areszt; akta sądowe wykazują, że w tym okresie chory nie zachowywał się prawidłowo i poprawnie. Należy zatem przyjąć stan podniecenia manjakalnego. — Okoliczności te przemawiają za tem, że hamulce etyczne w chwili dokonania czynu z powodu choroby psychicznej były conajmniej w znacznym stopniu osłabione i przestępca nie miał zrozumienia istoty karalnej czynu swego i działania swojego nie mógł kierować według tego zrozumienia. Co do dalszych kradzieży należy wziąć pod uwagę okoliczności i momenty, które przemawiają za, względnie przeciw uznaniu go za nieodpowiedzialnego.

* * *

O Bielawski — Przypadek sądowo-psychjatryczny; Niedorozwój psychiczny znacznego stopnia; sfera moralna mniej upośledzona. Oskarżenie o zbrodnię napadu i czyny nieżądne. Zmniejszona poczytalność.

Pac. D. lat 27, dziedzicznie obarczony, jako dziecko, uderzony w głowę kijem; miewał kurcze. Uczył się źle, wyszedł z najniższej klasy szkoły ludowej ze świadectwem, że jest idjotą i nie nadaje się do dalszego szkolnego nauczania. W wojsku polskiem był ochotnikiem, lecz został zwolniony, bo nie mógł zapamiętać komendy. Na ulicę, jak mówi, wychodzi tylko z bratem, bojąc się, żeby go chłopaki nie obiły. Zarzucony mu czyn neguje. Według zeznań poszkodowanej zajście przedstawia się w ten sposób: osobnik, którego

w tydzień po tem zajściu przypadkowo spotkała, miał ją napaść grożąc zabiciem; odebrał pieniądze i odszedł, po chwili wrócił, zataczając się niby pijany, żądał wódki i napastował ją. Poszkodowana jednak wyrwała mu się i uciekła.

Pod względem cielesnym chory wykazuje — oznaki zwyrodnienia i infantylizmu; pod względem psychicznym — ubóstwo myśli, powolność, mitrężność w myśleniu, upośledzenie zdolności kombinowania, szczupły zasób wiadomości, brak krytycyzmu. Mimo znacznego stopnia upośledzenia intelektualnego, oskarżony wykazuje o tyle dostatecznie rozwinięte poczucie moralne, iż zdaje sobie sprawę, że nie wolno kraść ni rabować. Pojęcie o karalności czynów nieżądnych jest u niego natomiast nader mgliste, pokrywa się z uczuciem wstydu połączonego z myślą o tych czynnościach.

Na podstawie powyższego przychodzi ref. do wniosku, że osk. jest głuptakiem znacznego stopnia. Jego władze moralne, są upośledzone jednak w mniejszym stopniu niż intelektualne. Gdyby przeto udało się podczas rozprawy udowodnić oskarżonemu inkryminowane mu przestępstwo, należałoby przyjąć, że wskutek chorobowego zaburzenia umysłu, w chwili dokonywania tych czynów, wolna jego wola w wysokim stopniu była ograniczona. (Po myśli § 51 k. k.).

DYSKUSJA.

P. Piotrowski zaznacza, że u oligofreników i u psychopatów nie należy uwzględniać tylko sprawności umysłowej przestępcy, ale trzeba wziąć pod uwagę również jego kwalifikacje etyczne, albowiem sprawność umysłowa może u takiej osoby być rozwinięta w dostatecznym stopniu, a kwalifikacje etyczne równać się mogą zeru. Osoba w taki sposób upośledzona, nie może odpowiadać za czyny swoje mimo dostatecznej sprawności umysłowej. Zainteresowanie psychjatry wzbudza oskarżycielka badanego, której zeznania wywołują pewne wątpliwości. Są one bowiem zabarwione à la pseudologia phantastica.

* * *

Z powodu spóźnionej pory, p. Piotrowski odkłada swój zapowiedziany referat o „zwrotnej pourazowej nieruchomości źrenic" na następne posiedzenie, a zabiera ponownie głos

w sprawie: *„Ligi Hygjeny i Profilaktyki Psychicznej"*.

Referent wskazał na odnośne dążenia i na rozwój idei hygjeny i profilaktyki psychicznej na zachodzie, mianowicie w Ameryce, Francji i Belgji — wskazał na ogólne zainteresowanie się sprawą tą w Węgrzech, gdzie na czele ruchu stoi prezydent państwa Horthy i kardynał prymas węgierski i wspomniał także o radcy ministerjalnym Dr. Oláh, Dyrektorze Państwowego Zakładu Psychjatrycznego Lipotmezö pod Budapesztem, który referenta zaprosił do wspólnej pracy węgiersko-polskiej w tej dziedzinie.

DYSKUSJA.

P. prok. Kuszenin — uważa, że Gniezno jest za małe, że trzeba większego środowiska, teren trzeba przygotować prasą, propagandą, wykładami i utworzyć towarzystwo.

Sędzia Krzymiński — uważa, że firmę powinni dać nauczyciele czy gimnazjalni czy uniwersyteccy.

Na skutek propozycji referenta zgromadzeni uchwalili, ażeby zwołać w Gnieźnie zebranie osób zainteresowanych na narady celem ukonstytuowania tymczasowego komitetu propagandowego. Narazie zapisało się do pracy agitacyjnej w sprawie profilaktyki hygjeny pp. Więckowska, inży-owa Majowa, p.p. prok. Sobiecki, prok. Kuszenin, p. Irena Olszewska, Drowa Szałkowska, sędzia Siebbauer, sędzia Krzymiński, Dr. Krukowski, sędzia Jarecki i postanowiono się zebrać w czwartek 20 b. m. W słowie końcowem p. Piotrowski odpowiada p. prok. Kuszeninowi, że przed rokiem utworzył się w Dziekance komitet lekarski z poradnią psychjatryczną, oprócz tego referent i p. Bielawski miewali publiczne wykłady popularno-psychjatryczno-informacyjne dla szerszej publiczności, które były licznie zwiedzane. Do poradni zgłaszano się tylko sporadycznie. Usiłowania tylko lekarzy są niewystarczające i, ponieważ chodzi tu o kwestję ogólno-spo-

łeczną, powinny szersze sfery społeczne współdziałać. Firmę powinni dać nie psychjatrzy, lecz osoby prywatne. Psychjatrzy zaś wiedzą swoją i doświadczeniem swem powinni wspierać dążności społeczeństwa w kierunku hygjeny i profilaktyki umysłowej.

* *
*

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY w DZIEKANCE

4 grudnia 1924 r.

Przewodniczący p. Piotrowski.

p. Bielawski: *Przypadek sądowo-przychjatryczny. — Oskarżenie o krzywoprzysięstwo i sfałszowanie dokumentów. — Otępienie po przebytem w wieku dziecięcvm zapaleniu mózgu. — Świeża sprawa kiłowa. — Zmniejszona poczytalność.*

Pacjent K. lat 43 z zawodu robotnik i pokątny doradca, kilkakrotnie karany za krzywoprzysięstwo, opór przeciwko władzy, fałszowanie dokumentu, urazy cielesne. Dostał się do zakładu w celach obserwacji, z powodu ciążącego na nim oskarżenia, iż doradzał przysięgać fałszywie i sam fałszywie przysięgał, w nadzieji otrzymania za to grubego wynagrodzenia. Również sfałszował podpis na pokwitowaniu odbioru pieniędzy za sprzedany majątek trzeciej osobie, a to w celu wstrzymania rozprawy sądowej, która się niekorzystnie zapowiadała dla jego klijenta. Cieleśnie: uboga mimika, tępy wyraz twarzy, nierówność źrenic, lekki Romberg, nierówność w unerwieniu nerwu twarzowego, pochodzenia ośrodkowego. W płynie mózgowo — rdzeniowym globuliny, Wassermann przy 0,4 cm^3 płynu m.-rdz. jakoteż we krwi; silne ciśnienie. Psychicznie: powolność w myśleniu, lekkie osłabienie pamięci, skłonność do udawania. Dokładna anamneza, studjum akt, jak też, z drug iej strony, wynik serologicznych badań pozwala wnioskować, że w okresie popełnienia karalnych czynów (przed trzema laty) pacjent nie był w stanie ostrej choroby psychicznej, gdyż niewielkie otępienie intelektualne datuje się już od dzieciństwa (po zapaleniu mózgu).

Wobec takiego stanu można mówić litylko o pewnem osłabieniu wolnej woli oskarżonego w chwili krytycznej. Dolegliwości zaś spowodowane kiłą mózgu są pochodzenia późniejszego i w razie zaniechania leczenia mogą przyczynić się do postępu choroby, powodując tem samem odroczenie rozprawy.

* *
*

p. Siemionkin: *Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Oskarżenie o współudział w usiłowaniu zabójstwa.—Konstytucja histeryczna — Zmniejszona poczytalność.*

Pacjentka S. lat 49, bez zawodu, dostała się do Zakładu na obserwację psychjatryczną, z powodu oskarżenia jej o współudział w usiłowaniu zabójstwa swego męża, z którym pożycie jej było nieszczęśliwe. Cieleśnie: dobre odżywienie, niskie i wąskie czoło, wysokie, twarde podniebienie, marszczki pierzaste (plicae palmatae), uzębienie zepsute. Źrenice szerokie, równe, na światło reagują leniwie, na zbieżność dobrze. Brak odruchów z rogówki i spojówki, odruch z gardła osłabiony. Odruchy kolanowe wzmożone, brzuszne żywe. Czucie na ból osłabione. Drżenie języka, powiek oraz wysuniętych rąk. Romberg dodatni. Psychicznie: niezorjentowana co do miejsca, czasu i otoczenia; wielomówna i gadatliwa; upośledzona pod względem intelektualnym już od dzieciństwa. Powolna w myśleniu; zdolności kombinowania, oraz uwaga czynna i bierna osłabione; zdolności krytyczne zmniejszone. Zachowana świadomość odpowiedzialności karnej za morderstwo. Pożycie małżeńskie nieszczęśliwe; ciągłe kłótnie z mężem, który będąc pijakiem, był wobec niej „narwanym" i gwałtownym. Po tygodniowym pobycie na obserwacji podsądna była zamyśloną, wyraz twarzy miała obojętny, nie utrzymywała kontaktu z otoczeniem, nie poznawała lekarza, halucynowała i modliła się ciągle. Stan ten trwał 3 tygodnie. Pacjentka S. w chwili popełnienia karalnego czynu nie była nieprzytomną, nie miała też takiego chorobowego zaburzenia umysłu, któryby wykluczał jej wolną wolę. Będąc z urodzenia upośledzoną oraz małokrytyczną, popełniając czyn karalny, obrała najlżejszą drogę zemsty, nie zdając sobie sprawy z następstw. Ponieważ u ludzi tego rodzaju upośledzonych, wszystkie władze psychiczne są osłabione, względnie spaczone, wolna

wola, jako czynnik psychiczny u pacj. S. jest również ograniczoną. Wykonanie przestępstwa, świadomość odpowiedzialności, aresztowanie i osadzenie w więzieniu, to czynniki, które wywołały u pacj. S. psychozę reaktywną, która z chwilą powrotu jej do normalnych warunków życia, przejdzie.

Berezowski.

* * *

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY w DZIEKANCE
16 grudnia 1924 r.

p. Piotrowski: TRZY PRZYPADKI NAPADOWEJ ZWROTNEJ NIERUCHOMOŚCI ŹRENIC, SPOWODOWANEJ CIĘŻKIM URAZEM GŁOWY.

Referat drukowany w Nowinach Psychjatrycznych. 1925, I.

DYSKUSJA.

P. Reiman zapytuje się referenta, jak można sobie wytłomaczyć sprawę przejawów zwrotnej nieruchomości źrenic i jak się cierpienie poznaje.

P. Bielawski zaznaczaa, że także sprawa intoksykacyjna może spowodować zwrotną nieruchomość źrenic.

P. Piotrowski w odpowiedzi p. Reimannowi zaznacza, że najpierw pojawia się ból głowy, a dopiero później występuje objaw zwr. nier. źren. zwykle na wyżynie napadu np. po 3-ch dniach. Krew na skutek pęknięcia naczynia krwionośnego lub okaleczenia, uciska na nerw i sprawę tę może powodować jak w ogóle nieprawidłowości w krwiobiegu, wzmożone ciśnienie mogą wywołać cierpienie. P. Bielawskiemu ref. odpowiada, że, jak np. wylew krwi jest czasem czynnikiem, który ten objaw powoduje, tak też intoksykacja może odgrywać przy sposobności ważną rolę.

* * *

P. Bielawski demonstruje pacjenta H. lat 39, dziedzicznie obarczonego, który przybył do Zakładu w stanie bredzenia drżennego, który to stan prędko minął. Rozwój fizyczny i psychiczny pacjenta normalny. Ukończył szkołę wyższą, potem 3 lata był kupcem. Służył w wojsku, czasem wypił sobie. W młodym wieku rzeżączka. Choroba psychiczna poraz pierwszy objawiła się w roku 1919, stanem melancholijnym. Pacj. był wówczas płaczliwy, mało-mówny, niezdolny do pracy. Stan ten minął; H. mógł znowu pracować. W roku 1921 H. ożenił się z osobą młodą. Pożycie małżeńskie nie było zbyt szczęśliwe. Przed rokiem wystąpiły u badanego znów objawy ciężkiej melancholji i w tym stanie wystrzałem rewolwerowym w prawą skroń, H. usiłował popełnić samobójstwo. Po operacji pacjent wyzdrowiał i nie zdradzał żadnych objawów chorobowych. Dopiero po paru miesiącach zachorował wśród objawów urojeń wielkości, uważał się za mówcę, poetę, coraz więcej nadużywał alkoholu, bywał czasem gwałtowny. Z żoną żył w separacji; dziecko dwuletnie zdrowe. W ostatnim czasie kilkakrotnie robione próby Wassermanna we krwi i płynie mózgordzeniowym dały wyniki ujemne.

U pacjenta stwierdzono wzmożone odruchy kolanowe, brak odruchów brzusznych i mosznowych. Język obłożony, drży, — również wysunięte ręce. Romberg —. Źrenice oddziałują dobrze na zbieżność; na światło prawa leniwie, (oko to ma silnie obniżoną siłę wzroku, po wspomnianej ranie postrzałowej). Prawa powieka opuszczona. Prawa brózda nosowo-wargowa wygładzona Wymiary serca powiększone, tętno twarde, drugi ton aorty zaakcentowany.

Pacj. jest wielomówny, pogodny, ma wzmożone samopoczucie, dobrą orjentację. Łatwo wzrusza się. Zdaje sobie sprawę, że jest nerwowo chory. Uważa się za dyplomatę dla przemysłu i handlu. Rymuje „tylko dla przyjemności". Bezpośrednio po przybyciu do Zakładu objawiał stan bredzenia drżennego, który to stan po kilku godzinach ustąpił. Chciał zaraz Zakład opuścić, lecz pozostał pod wpływem perswazji.

DYSKUSJA,

P. Piotrowski zaznacza, że w zachowaniu się pacjenta przebija coś, co przypomina paralityka. Bo jeżeli weźmie się pod uwagę scenę usiłowanego samobójstwa,

którą badany sam opisał, to stoji ona w sprzeczności ze znanem postępowaniem chorych, cierpiących na psychozę manjakalno-depresyjną. Melancholik nie będzie pertraktował z władzami we własnych sprawach majątkowych i nie będzie usiłował odebrać sobie życie w pozie teatralnej przed lustrem, jak to miało miejsce u pacjenta H., lecz przeciwnie, melancholik pełen smutku i lęku, zrozpaczony usunie się niepostrzeżenie. Manjak, któremu świat przedstawiasię w świetle różowem, który ma dużo planów do zrealizowania, nawet w stanie największego rozdrażnienia nie targnie się na swoje życie, o ile jest przytomny. Zrobi to jednakże paralityk nieobliczalny w swojem postępowaniu. P. Piotrowski ma podejrzenie, że badany znajduje się w okresie neurastenicznym porażenia postępującego, w którym wyraźne objawy zachorzenia organicznego nie są jeszcze zaznaczone. *Berezowski.*

* *
*

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY w DZIEKANCE

dnia 28 lutego 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

p. Piotrowski: KILKA UWAG O POTRZEBIE ZREWIDOWANIA NASZYCH POJĘĆ O SCHIZOFRENJI

(praca w oryginale wyjdzie w Nowinach Psychjatrycznych).

DYSKUSJA.

P. Bielawski — zapytuje, jakie rokowania stawia referent w zredukowanej tak przez się grupie schizofrenijnej (hebefrenji i schizofazji)? I czy zdaniem referenra, który wyklucza otępienie w schizofrenji jako nieposrednią funkcję procesu, obraz psychiczny końcowego stanu wzmiankowanych dopiero co psychoz, polega litylko na niezborności psychicznej, względnie niezborności w mowie? — Nawiązując do tematu o psychicznych znamionach zasadniczych w schizofrenji, zwraca B. uwagę, że kryterja w rodzaju rozprężenia osobowości względnie niezborności psychicznej, nie są dość ścisłe, by mogły charakteryzować którąkolwiek grupę chorobową. Sztuczne wykluczenie wyjątkowego stanu rozprężenia psychicznego, jakim jest stan amencji, nie jest dostatecznie przez Strańskiego uzasadnione, gdyż wiemy, że większe nasilenie procesu zaburzeń psychicznych w schizofrenji powoduje ów właśnie stan amencji. Pozatem rozszczepienie osobowości tak dobrze znane nam jest z niektórych stanów funkcjonalnych. Rozprężenie zaś towarzyszy prawie każdej intoksykacyjnej i rozlanej zapalnej sprawie mózgu. Zresztą któż z nas nie zna dopiero co wzmiankowanych objawów występujących tak często i tak jaskrawo w nagminnem zapaleniu mózgu.

P. Rejmann — wspomina o chorym typowym schizofreniku, u którego omamy odgrywały ważną rolę. Należałoby więc przy stawianiu diagnozy schizofzenji i omamy brać pod uwagę Następnie zaznacza, że uderzyło go to, że schizofrenik inaczej wyraża się ustnie, a inaczej pisemnie. Sądzi, że gdy lekarz rozmawia z chorym, to podaje mu różne myśli; przeciwnie gdy chory sam pisze, to ma natłok różnych swoich myśli i tu niezborność psychiczna jest jaskrawsza.

P. Siemionkin — zaznacza, że parafrenja już u Kraepelina tworzy oddzielną grupę.

P. Piotrowski. — W odpowiedzi zaznacza referent, że hebefrenji — schizofazji wcale nie zmodyfikował, ponieważ modyfikacja taka nie byłaby uzasadnioną. Jasne, wyczerpujące i wyraźne określenie tych postaci chorobowych podał Hecker, a później w klasyczny sposób Kraepelin i Bleuler. Referent pragnął tylko podkreślić różnicę objawiającą się w charakterze hebefrenika z jednej, a schizofazika z drugiej strony, którą — zdaniem jego — autorzy niedostatecznie uwypuklili. Co się tyczy rokowania, referent wypowiada zdanie, zgadzające się zresztą z opinją innych autorów, że hebefrenja i schizofazja należą bezwzględnie do chorób przewlekłych, jednakże polepszenia znacznego stopnia zachodzą często. W okresach końcowych tych chorób znajdujemy pewne przeinaczcnie psychiki chorego, którego jednak nie należy nazywać otępieniem, jakie znajdujemy w końcowych okresach chorób organicznych jak: otępienie paralityczne, starcze, arterjosklerotyczne itp. Albowiem w otępieniu takiem stwierdzamy bezpowrotny zanik władz psychicznych, powodowany zanikiem elementów nerwowych (komórek) w korze mózgowej. W końcowych okresach hebefrenji i schizofazji znajdujemy jednakże tę samą treść psychiczną nabytą, którą pacjent rozporządzał już przed chorobą. Chory nie umie tylko w prawidłowy sposób samodzielnie zużytkować owych elementów psychicznych. Pod kierownictwem jed-

nakże chory może rozluźnione, w samopas idące władze psychiczne, łatwiej wyzyskać, aniżel wtedy, gdy pomocy zewnętrznej niema. Scharakteryzował ten szczegół w sposób zrozumiały p. Reimann, gdy przytoczył spostrzeżenie swoje, że hebefrenik albo schizofaziki jest zbornym do pewnego stopnia, jeżeli lekarz z nim mówi, a nie, jest zbornym, gdy sam ma np. napisać list, bo tu brak właśnie myśli przewodniej, która nie może powstać tam, gdzie niema połączeń między elementami kojarzeniowymi. Takich stanów nie można stawiać na równi z otępieniem organicznem, spowodowanem sprawami korowemi.

Rozszczepienie osobowości u hebefreników i schizofazików nie jest tem samem, co niezborność w amencji lub w innych psychozach z pomieszaniem, albowiem w psychozach z pomieszaniem świadomość jest w wysokim stopniu zaburzona a niekiedy zniesiona, i chory taki nie może się zorjentować, nie wie gdzie jest, co mówi, co robi, co czuje. A jednak chory, o ile nie jest hebefrenikiem, względnie schizofazikiem, nie ma rozszczepienia osobowości dlatego, że tutaj, mówiąc słowami Rogues de Fursaca, molekuł psychiczny jest zachowany, t. zn. że chory czuje i działa według poznania. Jeżeli poznanie pod kątem widzenia objektywnego jest fałszywe, to i czucie i działanie jest fałszywem w pojmowaniu obserwatora. A jeżeli poznanie jest prawidłowe, to i czucie i działanie jest prawidłowe, np. jeżeli chory pomieszany zwiduje węże goniące go, to ma lęk i broni się, albo ucieka; zachowanie jego będzie robiło na obserwatorze nieznającym treści psychicznej chorego, wrażenie niezborności, niedorzeczności, a jednak jest samo w sobie aktem psychologicznie i logicznie prawidłowo złożonym; molekuł psychiczny jest zachowany. Natomiast w hebefrenji względnie w schizofazi chory przy pełnej świadomości, gdy pozna niebezpieczeństwo, nie koniecznie będzie odczuwał lęk i bronił się przed niem, nie postąpi logicznie. Tutaj działanie i czucie nie będą odpowiadały treści poznania i to dlatego, że elementy psychiczne, ideatywne, afektywne i aktywne są w rozwodzie ze sobą, rozluźnione, nie tworzą jednolitej, harmonijnej całości. Molekuł psychiczny rozpada się. Widzimy stąd jasno, że rozszczepienie osobowości u hebefreników względnie schizofazików, ze względu na zachowany stan świadomości u tych chorych, nie jest to samo co niezborność w amencji względnie w innych stanach pomieszania. Oczywiście, że hebefrenik i schizofazik mogą być pomieszani także, wtedy rozszczepienie i niezborność silniej są zaakcentowane.

P. Reimannowi referent odpowiada, że naumyślnie nie wymienił omamów jako objawu chorobowego schizofrenji z tego powodu, że omamy nie są objawem rdzennie schizofrenijnym, lecz zachodzą w różnych psychozach, w schizofernji nie częściej, niż w innych zachorzeniach psychicznych. Według mniemania referenta zbyt wielką wagę przypisuje się omamom w schizofrenji i rozpoznaje się schizofrenję we wielu przypadkach tylko z omanów, o ile te występują w wieku młodocianym, co nie jest słusznem.

P. Siemionkinowi ref. odpowiada, że przed 14 laty Kraepelin odłączył parafrenję od grupy dementia praecox i przyznał jej samodzielne stanowisko. Bleuler skłania się do uznania parafrenji jako schizofrenijnej postaci chorobowej. Tak samo przeważna ilość autorów zalicza parafrenję do schizofrenji jako dementia-paranoides. Wobec tego ref. uważa za wskazane zaakcentować, że w sprawie parafrenji stoi na stanowisku Kraepelina, i że uważa ze względów zasadniczych parafrenję jako chorobę samodzielną nieschizofrenijną.

Berezowski.

* * *

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 9. 4. 25.

Przewodniczący: p. Piotrowski — sekretarz: p. Berezowski.

P. Siemionkin.

O CHARAKTERZE WEWNĘTRZNYM OBJAWU PIOTROWSKIEGO

(praca oryginalna: Nowiny Psychjatryczne str. 109).

DYSKUSJA.

P. Reimann — zaznacza, że można ewentualnie w wypadku wątpliwym używać objawu Piotrowskiego do rozpoznania różniczkowego. Naprzykład, było rzeczą niepewną, czy pacjentka, u której stwierdzono obustronnie objaw Piotrowskiego, cierpi na psychozę manjakalno-depresyjną, czy na schizofrenję. W tym wypadku możnaby rozpoznać schizofrenję.

P. Bielawski — wyraża opinję, że podanie ogólnej ilości badanych schizofreników (118) z jednoczesnem zakwestjonowaniem rozpoznań w tej grupie wprawi tylko czytelnika w niepotrzebną dezorjentację, gdyż goły fakt, że objaw Piotrowskiego zachodzi w 30% badanych paralityków i tylko w 15% badanych schizofreników przemawiałby raczej przeciw koncepcji extrapiramidowego charakteru objawu.

Jeżeli stanąć na stanowisku Buscaina co do interpretacji niektórych symptomów schizofrenji jako objawów zaburzeń extrapiramidowych, to dla oceny charakteru odruchu, wydałoby się natomiast wysoce pożądanem ustalenie stosunku liczbowego pomiędzy tymi przypadkami schizofrenji, gdzie stwierdzono zaburzenia extrapiramidowe, z jednej strony, a objawem Piotrowskiego z drugiej strony.

Referent wyraża się w swej pracy: „objaw często występuje po urazie głowy". B. zapytuje, czy związek przyczynowy pomiędzy tymi dwoma momentami jest ustalony i na czem on polepa? B. obawia się bowiem, że stwierdzenie tego związku osłabiłoby wartość diagnostyczną objawu dla spraw extrapiramidowych. Zapytuje, czy referent znalazł zadowalniające wytłumaczenie faktu; że objaw Piotrowskiego zachodzi nader często, nieomal w 20% wszystkich badanych, a więc nieporównanie częściej, niż diagnostykujemy w Dziekance sprawy exstrapiramidowe. Przekroczy to nawet stosunek procentowy tych ostatnich branych łącznie ze wszystkimi przypadkami stwierdzonej w Dziekance schizofrenji, co wynosi w roku 24-tym 5%. Na zakończenie B. podnosi wartość pracy jako jedynej dotąd podjętej w celu zbadania objawu Piotrowskiego na imponującej ilości materjału klinicznego. Materjał ten wydaje się wystarczającym do powzięcia wniosków o charakterze i pozytywnej wartości objawu.

P. Frąckowiak — zauważa, że podział badanych przez p. S. pacjentów, mających za podstawę patalogiczne stany psychiczne jest racjonalny, o ile weźmie się pod uwagę, że materjałem badań byli chorzy w zakładzie psychjatrycznym. Co się tyczy zastrzeżeń wyrażonych przez p. B. w stosunku do potraktowania grupy schizofrenji, p. F. potwierdza zdanie p. B.

P. Piotrowski — wobec wywodów p. Reimanna zaznacza, że wniosek jego jest zbyt daleko idący i nie uzasadniony dotychczasowymi wynikami badań. Nie należy dzisiaj jeszcze użytkować objawu Piotrowskiego jako znaku różniczkowego między schizofrenją a psychozą manjakalno-depresyjną, jak to p. Reimann proponuje czynić, albowiem objaw Piotrowskiego może zachodzić także w przypadkach manjakalno-depresyjnych, o ile obok psychozy manjakalno-depresynej istnieje jeszcze zachorzenie organicznej mózgu jak np. daleko posunięta arterjoskleroza, nowotwór mózgu, kiła mózgu itp.

P. Bielawskiemu wskazuje p. Piotrowski na fakt, że odsetka schizofrenji w roku 1924 wynosiła 5% tylko na jego oddziałach; w całym Zakładzie natomiast odsetka ta przedstawiała cyfrę 8%. Między badanymi na objaw Piotrowskiego przypadkami (547) znajduje się uderzająca wielka ilość organicznych zachorzeń mózgu, jak porażenie postępujące, arterjo-skleroza mózgu, sclerosis multiplex, chorea Huntingtoni, ciężkie przypadki idjotyzmu wrodzonego i nabytego z objawami organicznymi mózgowymi różnych postaci, liczne przypadki ciężkiej epilepsji, katatonja, schizofrenja i encephalitis lethargica, cały szereg przypadków z następstwami ciężkich urazów głowy z wstrząsem mózgu itp., w których objaw Piotrowskiego jest pozytywny; tem się tłumaczy znaczna odsetka chorych, u których ten objaw występuje. Rzadsze występowanie innych odruchów chorobowych jak Babińskiego, Rossolima, Mendel-Bechterewa, przemawia za większą wrażliwością objawu Piotrowskiego, na co pierwszy wskazał F. Stern i tłumaczy się także tą okolicznością, że objawy te występują tam, gdzie system piramidowy jest naruszony. Jeżeli objaw Piotrowskiego, którego naturę organiczną i umiejscowienie mózgowe podkreślili poprzedni autorzy, zachodzi w licznych przypadkach schizofrenji, to świadczy to o organicznem zachorzeniu mózgu w tych badanych przypadkach schizofrenji. A że schizofrenja jest organiczną chorobą mózgu, o tem świadczą coraz dobitniej wyniki badań anatomopatologicznych. Tak samo jak Babiński, albo Oppenheim, albo Rossolimo nie występują regularnie, albo zawsze w organicznych zachorzeniach systemu nerwowego, nie tracąc tem samem na swojej wartości diagnostycznej, tak samo nie możemy żądać od objawu Piotrowskiego, ażeby występował w każdym przypadku schizofrenji bez wyjątku. Ponieważ na podstawie nowszych badań anatomo-patologicznych schizofrenja taka, jaką my ją tutaj pojmujemy, jest uważana za chorobę mózgową extrapiramidową, tak samo jak i katatonja i enc. leth., przeto przypadki te, w których objaw Piotrowskiego występuje, mogą być uważane za dowód na okoliczność, że objaw Piotrowskiego jest znakiem extrapiramidowym.

Jeżeli kolega Bielawski twierdzi, że objaw Piotrowskiego występuje w liczniejszych przypadkach, aniżeli w tych, które uznano za extrapiramidowe, to fakt ten tłumaczy, że ilość przypadków extrapiramidowych jest w rzeczywistości większa, aniżeli ilość przypadków rozpoznanych. Wypada przy tej sposobności zaznaczyć, że w okresie przedencephalitycznym przypadków pozapiramidowych nie diagnostykowano, bo nie znano ich natury. W każdym razie jednakże przypadki z pozytywnym objawem Piotrowskiego przedstawiają organiczne zachorzenia mózgu. Zaznaczyć wypada, że te 118 przypadków, które referent umieścił pod firmą schizofrenji, zawierają znaczną ilość przypadków, pochodzących jeszcze z okresu diagnostycznego, w którym nie różniczkowano tak ściśle jak dzisiaj, lecz diagnostykowano ogólnie wszelkie choroby psychiczne jako dementia praecox i dlatego obejmują przypadki nieschizofrenijne jak paranoia, psychozy reaktywne itp.; z tego powodu ustęp odnośny w referacie kol. Siemionkina winien być poddany ponownej rewizji, ażeby sprawę postawić wyraźniej i jaśniej i uwypuklić dokładniej stosunek objawu Piotrowskiego do schizofrenji.

Przeciwko naturze extrapiramidowej objawu Piotrowskiego nie przemawia okoliczność, że objaw ten występuje w porażeniu postępującem i po ciężkich urazach głowy z wstrząsem mózgu, gdzie według kol. Bielawskiego dominują objawy piramidowe, albowiem w tych przypadkach proces chorobowy zwykle jest rozlany na cały mózg i z tego powodu mogą być naruszone równocześnie okolice piramidowe i okolice extrapiramidowe. Wszelako i kol. Bielawski potwierdza doświadczenia poprzednich autorów, że objaw Piotrowskiego zachodzi w chorobach organicznych mózgu, do których przecież należy także porażenie postępujące i silny wstrząs mózgu.

P. Siemionkin w słowie końcowem oświadcza p. Bielawskiemu, że w pracy swojej postawił sobie za główne zadanie wykazać charakter wewnętrzny objawu Piotrowskiego a nie dociekać ważności tego objawu w diagnostykowaniu chorób. Co do częstego występowania tego objawu po urazie głowy referent odpowiada, że nie każdy zwykły uraz głowy, lecz uraz głowy ciężki ze wstrząsem mózgu objaw ten powoduje.

Berezowski.

STRESZCZENIA i OCENY.

Dr. A. Klave, Nürnberg. UEBER WISMUTHABLAGERUNG IN DER SCHLEIMHAUT DER LUNGE UND WANGE NACH BISMOGENOLBEHANDLUNG. (M. M. W. Nr. 49. 1924).

Autor podaje 2 wypadki osobliwego umiejscowienia się złogów Bi, występującego w ciągu 1 do 4 mies. po stosowaniu Bismogenolu w kile drugorzędnej: 1) nacieczeniesinawo-czarne naczyń błony śuzowej policzków tuż poza kącikami ust wielkości 2 groszy, wzniesione nieco ponad poziom, o powierzchni lekko chropawej; 2) nacieczenie naczyń błony śluzowej języka, jego górnej i dolnej powierzchni i kącika międzynasadą a dnem jamy ustnej. Język miał wejrzenie pstrokate, gdyż głównie zajęte były brodawki. Powyższe zmiany przebiegały bez objawów zapalnych i po zastosowaniu zwykłych środkówustąpiły. Autor zwraca na powyższe zmiany uwagę ze względu na mogącą wystąpić glossitis i stomatitis ulcerosa.

Stawirej, „Kochanówka".

M. J. Poussepp (Dorpat). LA QUESTION DE LA LOCALISATION DU SIGNE DU PETIT ORTEIL PAR LES CAS DE TUMEURS DU CORPS STRIÉ. (Rewue Neurolog. 1924 T. I. nr. 6).

Ref. wyraża mniemanie, że opisany przezeń objaw małego palca ma znaczenie djagnostyczne dla zaburzeń ściśle ograniczone części mózgu. Posłużyły do wysunięcia tego wniosku obserwacje przypadków guzów mózgu rozlicznego umiejscowienia. Okazało się bowiem, że w przypadkach guzów jądra ogoniastego, okolic czołowych oraz wzgórza wzrokowego objaw ten nie występował. Przeciwnie, znajdujemy go, choć nie zawsze dostatecznie wyrażonym, przy guzach w jądrze soczewkowatem. W wypadkach zachorzeń części tylnych ciała

prążkowanego i okolic sąsiadujących z wodociągiem Sylwiusza objaw Pousseppa był wyraźny. Objaw ten zachodzi stale w nagminnem zapalenlu mózgu, w szczególności, gdy sprawa jest umiejscowiona w częściach tylnych ciała prążkowanego. Ref. obserwował 28 przypadków El., gdzie fenomen jego był zupełnie izolowany, co ważnem jest ze względów djagnostycznych. Podkreśla również fakt, żesię ten objaw dopóty utrzymywał, dopóki trwała mioklonja i hypertonia w kończynach u chorego. Gdy objawy ostatnie ograniczały się tylko do „skrzepłej twarzy" i nosowej mowy oraz mioklonji na twarzy, — fenomenu Pousseppa wówczas nie udawało się wywołać. Stąd Ref. wnioskuje o związku objawu z hypertonją kończyn dolnych i odnosi go do części tylnej ciała prążkowanego, względnie do dróg jądra czerwonego.

O. B.

Prof. St. Władyczko. CATATONIE COMME CONSÉQUENCE DES TROUSBLES ORGANIQUES DES NOYAUX GRIS CENTRAUX (Folia Neuropathologica Estoniana. Vol. III et IV 1925).

Krótkie doniesienie, na podstawie badań i spostrzeżeń osobistych, nad zagadnieniem istoty i natury cierpienia katatonicznego w scisłem znaczeniu słowa (Kahlbauma). Ref. przychodzi do wniosku, że coraz więce faktów przemawia za tem, iż katatonja spowodowana jest zachorzeniem szarych jąder mózgu i akcentuje zasadniczą zgodność swych zapatrywań w tej materji ze stanowiskiem zajętem już przez O. Bielawskiego.

Ref. przytacza 4 przypadki typowe tego zachorzenia o objawach wybitnych bradyfrenji i bradykinezy i towarzyszących im nie mniej typowych zmianach w czynności ustroju roślinnego. Wszystkie one skończyły się letalnie, przy objawach ogólnego wyczerpania i kacheksji. a badania patalogoatonomiczne wykazały zmiany (état lacunaire) i rozmiękczenia w ciele prążkowanem, a zwłaszcza w jądrze bladem, oraz obustronnie — w miejscu czarnem. W jednym przypadku towarzyszyły temu obrazowi małej wybroczynki w obu ciałach prążkowanych, w innym — przekrwawienie wzgórza wzrokowego. We wszystkich tych przypadkach Ref. wywodzi obraz kliniczny zaburzeń anatomicznych w corpus striatum a przedewszystkiem — w pallidum.

Badania układu mięśniowego w katotonji i w parkinsonismie wykazało, że:

czas zużyty na przywrócenie pierwotnej siły mięśnia jest jednaki dla klasycznej choroby Parkinsona i katatonji, w porównaniu do mięśnia zdrowego jest znacznie dłuższy (norma — 10 do 30 minut, chorob. — $1^1/_2$ godz.)

U 6 na 8 badauych katatoników stwierdzono dissocjację pomiędzy statyczną a dynamiczną siłą muskularną (Dyloff).

Synchroniczne drgania w różnych kończynach stwierdzało się tak w chorobie Parkinsona jak i w katatonji. W jednym przypadku katatonji wynosiła norma dla dużego prawego palca ręki i lewego palucha po 3—5 na sekundę. Również wysokość fal i odległość ich jest równa.

Także jednakie były zaburzenia synchronizmu i rytmu drżeń w obu grupach chorób pod wpływem emocyj. Analogicznie przedstawia się też sprawa ze wzmożeniem fenomenu antagonistycznego (Babiński, Jarkowski) z objawym paradoksalnym Westphala, paradoksalną kinezą, encefalitycznym odruchem obronnym, zmniejszoną elektryczną wrażliwością mięśni na prąd przerywany, powolnością roskurczu, wreszcie — skurczem włókienkowym na podniety mechaniczne, oraz fenomenem difuzji (Neri).

Na podstawie powyższego i przy uwzględnieniu współczesnego stanu wiedzy o funkcji jąder podstawowych, konkluduje Ref., że:

1) Osłupienie katatoniczne i stan parkinsonizmu mają dużo objawów wspólnych.

2) Osłupienie katatoniczne i stan parkinsonizmu (klasycznego i poencefalitycznego) mają te same ogniska zaburzeń anatomicznych w szarych jądrach mózgu.

3) Katatonja Kahlbauma (sensu strictori) jest organiczną chorobą (zmiany w szarych

jądrach. a przedewszystkiem w jądrze bladem) i musi być wyeliminowana z grupy schizofrenijnej.

4) Przemijający zespół katatoniczny, występujący w innych chorobach należy uważać za następstwo funkcjonalnych przemijających zaburzeń w szarych jądrach.

W tej wartościowej pracy, której wyniki zresztą mówią za siebie; zasługuje, zdaniem naszem, na podkreślenie fakt (na który zwrócił uwagę Piotrowski), że katatonicy umierają przy objawach silnego wyczerpania i kacheksji. Gruźlica w śmiertelnych wypadkach katatonji nie stanowi bynajmniej causa mortis, (choć często bywa w tem lub innem stadjum stwierdzana na stole sekcyjnym), lecz jako zjawisko wtórne, towarzyszy ogólnemu wyczerpaniu, które pochodzi prawdopodobnie z intoksykacji (Buscaino, Bielawski; Bonasera). Katatonik umiera przeto na katatonję, nie zaś na gruźlicę, która się tylko wtórnie w tę sprawę wikła. O. B.

V. M. Buscaino. RECHERCHES SUR L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE, DE L'AMENTIA ET DES SYNDROMES EXTRAPYRAMIDAUX. (L'Encéphale nr. 4. 1924).

Autor przeprowadził dotąd histologiczne doświadczenia na 10 typowych przypadkach dementia praecox. Opisał uszkodzenia ogniskowe komórek i to przedewszystkiem w I—IV warstwach kory 1) homogenezację jądra, protoplazmy i komórki całej): zwiększenie objętości jąder gleju, 2) zaznaczone zniekształcenie jąder w formie gwiazdy, torebki, biszkoptu, klepsydry itd., 3) nagromadzenie jąder. Wszędzie zwracały uwagę rozsiane zmiany dróg nerwowych i szarej warstwy pozakorowej, w szczególności podstawowych węzłów mózgu. Uszkodzenia te są wyrazem miejscowej histochemicznej zmiany tkanki nerwowej, specjalnie myeliny. Bardzo często mają te zmiany wyraźny i ścisły stosunnk do naczyń krwionośnych' W pęku włókien nerwowych i w pozakorowej warstwie szarej znajdują się inne typy zmian. To znaczy, że przy dem. praecox w drogach nerwowych i ośrodkach podkorowych istnieje wielka liczba poszczególnych ognisk rozsianych. Ogniska te, zwłaszcza wzgórze wzrokowe, są ważne, gdyż tłomaczą nam objawy rozszczepienia, zwłaszcza rozszczepienia intelektualno-afektywnego. Mechanizmy, regulujące fizyczny wyraz emocyi, są umiejscowione przedewszystkiem w zwojach podstawy (węzły podstawy + Mezencephalon = Zona wegeto — emotywna). Wobec powyższego zmiany w przewodzie nerwowym wzmiankowanych okolic i ognisk są bardzo prawdopobną przyczyną dissocjacji w mechanizmie intelektualno-affektywnym, tak charakterystycznym dla otępienia wczesnego. Te histopatologiczne dane zostały potwierdzone we Włoszech przez Salustriego i Ansalonea; w Szwecji Marcus w 3 przypadkach dem. praecox opisałpodobne rozsiane uszkodzenia. W Rosji Snesarew również znalazł w przypadkach dem. praecox w nerwowych włóknach „degeneratywne uszkodzenia „a plaque".

Co do stosunku pomiędzy histologicznemi danemi a odmianą choroby w przypadkach dem. praecox katatonicznej, obserwował autor bardzo wyraźny udział pozapiramidowych ośrodków ruchowych. W ostatnim przypadku dem. praecox katatonicznje znalazł on obustronne uszkodzenia dróg jądra czerwonego i zębatego. W przypadku tymże istniały minimalne uszkodzenia, rozsiąne obustronnie, we wstędze i w tych dośrodkowych drogach, które po przejściu tylnej części torebki wewnętrznej wchodzą do zwojów, sąsiadujących z podstawą.

W drogach piramidowych niema nic szczególnego.

Dane te potwierdzają, że uszkodzenia układu ruchowego pozapiramidowego, znajdujące się w przypadkach dem. praecox katatonicznej, tłomaczą nam pewne mięśniowe objawy tej choroby. Dane histopatologiczne i inne pozwalają uzależnić negatewistyczny

opór pewnych przypadków dem. praecox od uszkodzeń paleostriatum, katalepsję od uszkodzeń nucleus dentatum, stereotypję, lub przynajmniej niektóre z objawów stereotypji, od uszkodzeń corpus striatus. Wzmiankowane zmiany histopatologiczne w dem. praecox nie są pochodzenia zapalnego, lecz toksycznego. „Ugrupowane blaszki" razem z „formami początkowemi zmian" znalezione były przez autora w przypadkach amencji. Znajdowały się również w jednym przypadku „torsiospazmu". D'Antona i Veghi opisali je w kule bladej w przypadkach poencefalitycznego parkinsonizmu. Na te przypadki światło rzucają badania autora, który skonstatował w moczu chorych na dem. praecox bez somatycznych komplikacji obecność anormalnych aminów, zwłaszcza z pierścieniem imidazolu (histaminowego pochodzenia). Histamin jest silnym jadem dla nerwowego układu roślinnego. Aminy anormalne, przeciwnie, nie zostały znalezione w przypadkach typowych manji, melancholji, psychozy manjakalno-depresyjnej. Aminy anormalne znajdują się również w moczu chorych z chronicznym zespołem poencefalitycznym, w przypadkach choroby klasycznej parkinsona, w zespole typu Wilsona, w chronicznym zespole móżdżkowym. Technika wykonywania odczynów na aminy pozwala rozróżnić kilka typów aminów anormalnych. Wszystkie one nie przedstawiają się jednakowo w wyżej wymienionych zespołach. Jedne specjalnie liczne są w amencji, włącznie bredzenia alkoholowego a wogóle w dem. praecox, inne, przeciwnie, — w zespołach wyżej wymienionych amiostatycznych i w dem. praecox (katatnicznej). Badania ostatnie dają autorowi możność zanotować obecność aminów anormalnych podczas przebiegu ostrej lub chronicznej choroby infekcyjnej. U chorych na gruźlicę płuc nie znalazł aminów, które tak często znajdują się w moczu chorych na dem. praecox. Na podstawie tych danych autor wnioskuje, że amencja, dem. praecox, zespoły extrapiramidowe po i nie poencefalityczne są formami toksycznemi nerwowego układu, zależne od obecności we krwi aminów anormalnych, pochodzących, bardzo prawdopodobnie, od działania mikroorganizmów specjalnych z wyłączeniem tuberkulicznych. Aminy anormalne pochodzą według danych autora w pierwszym rzędzie z jelit cieńkich. Podczas zachorzeń wątroby, ostrych lub chronicznych, również podczas zespołu chronicznego po encefalicie są we krwi aminy anormalne. Ponieważ aminy wogóle wywierają bardzo energiczny wpływ na nerwowy układ roślinny, ponieważ objawy uszkodzonego ustroju roślinnego są liczne u chorych na dem. praecox i „blaszki" spotykane są często ośrodkach wegeto — emocjonalnych, autor uważa, że „blaszki" jego znajdują się w stosunku genetycznym do obecności aminów anormalnych. Ugrupowane blaszki, zdaniem autora, są jednym z histologicznych objawów działania aminów anormalnych na tkankę nerwową. Owe aminy łatwo można wytropić przy pomocy próby autora; t. j. azotanem srebrowym. Aminy te anormalne są pochodzenia extracerebralnego. Pochodzą one w pierwszym rzędzie z jelit cieńkich lub formują się, bardzo prawdopodobnie, pod działaniem ostrem lub chronicznem (sepsis lenta) specjalnych mikroorganizmów z wyłączeniem tuberkulicznych.

SIEMIONKIN.

I. Lautier. CATATONIE ET PSYCHOSE PÉRIODIQUE (Annales Médico-Psychologiques 1924 r. Nr. 1).

P. Eugenja L., 46 lat zachorowała 15 marca. Nie zwracała na nic uwagi, nie odpowiadała na pytania, śpiewała bezustanie, powtarzając to samo. Miała wybitne objawy giętkości woskowej, popełniła parę niespodzianych gwałtownych czynów. Po zupełnie bezsennej nocy pogrążyła się w stan odrętwienia: oczy miała szczelnie zamknięte, na pytania nie odpowiadała; giętkość woskowata i poza, przypominająca katalepfyczną była jeszcze wyraźniejsza niż w przededniu. Choroba trwała 15 dni; z koleji następował stupor i podniecenie z cechami stereotypji;

silny negatywyzm, oczy mocno zamknięte; podczas ruchów biernych silny opor rąk i nóg, który nagle się zamienia na bezwład. Podczas gdy chora broni się przed wykonywaniem ruchów biernych, na ukłucia szpilką nie reaguje wcale. Zanieczyszcza się w łóżku mimo wyprowadzania. Wypowiada obelgi pod adresem zakonnic i lekarza. Niekiedy, nie mówiąc nic, pluje na przechodzących. 28 marcapoczyna odpowiadać, lecz zdania są bez związku. Wybuchy śmiechu bez adekwatnej mimiki. Choroba zakończyła się 31 marca, pozostawiła tylko osłabienie fizyczne i uczucie ogólnego wyczerpania. Na mocy obserwacji klinicznej postawiono djagnozę „l'agitation catatonique", gdyż w przypadku tym połączone były obojętność, kolejność podniecenia i stuporu, negatywyzm, giętkość woskowata, katalepsja, stereotypja, gwałtowność, dissocjacja pomiędzy mimiką a słowem, śmiechem i czynami. Dziedzicznie chora nie jest obarczoną. Od dzieciństwa wychowana religijnie, już w 9-tym roku życia powzięła zamiar wstąpić do klasztoru. Postanowienie to pochłonęło ją całkowicie, rodzice iednak byl przeciwni temu. W 17-tym roku życia chorowała na anemję z objawami depresji. Po dojściu do pełnolecia wstąpiła jako nowicjuszka do klasztoru. Głównym czynnikiem tego był opór rodziców. Żadnego kompleksu miłosnego lub nienawiści wobec rodziców nie było. Po 3 latach pobytu w klasztorze zachorowała na ostry reumatyzm stawowy, który zostawił ślady w zastawkach serca. W krótkim czasie po tem objawiło się zachorzenie psychiczne, z powodu czego została umieszczoną w l'Asile du Bon Sauveur de Caen. Djagnoza brzmiała: „bredzenie mistyczne" („Delire mystique"). Po 6-ciu miesiącach pobytu wyzdrowiała, wyszła za mąż, miała córkę i była zdrową do 37 lat, odczuwając nierówność w nastroju podczas menstruacji. W roku 1916, w wieku 38 lat. została umieszczoną w l'Asile d'Alençon. Świadectwo podczas przyjęcia mówi o „zaprzestaniu zajmowania się codziennemi sprawami, o przebieraniu się za pannę młodą, o śpiewie, tańcach; chora poczęła rozdawać bezinteresownie towar ze swego sklepu wyobrażała sobie, że jej 10-letnia córka ma zapalenie opon". Treść tego świadectwa naprowadza na myśl o stanie manjakalnym i, rzeczywiście, w l'Asile po dwóch tygodniach obserwacji djagnoza brzmiała „manjakalne podniecenie". Po półtora miesiącu pacj. była wyleczona. Nieco później została ponownie umieszczona w l'Asile d'Evreux. Na ten raz w świadectwie mówi się „o myślach prześladowczych, halucynacjach słuchowych, lękach, dążnościach samobójczych, bezsenności; chora myślała, że chcą ją otruć, zabić i t. d." Djagnoza brzmiała teraz: „psychoza perjodyczna z następującymi po koleji stanami melancholijnymi". Po 6 miesiącach również rozpoznanie było to samo. Autor znał chorą od 3-ch lat; pacj. była prawie normalna, raz przygnębiona, raz euforyczna; 4 czy 5 razy wznawiały się napady manji i trwały 15 dni. Podczas tych napadów chora miewała halucynacje słuchowe i niewyraźne myśli prześladowcze. Po ostatnim napadzie była w stanie hipomanjakalnym. Podczas menopauzy pojawił się ostatni napad manjakalny. Miała zaburzenia menstrualne, obfite i długotrwałe krwawienia bez objawów fibromy macicy.

Na podstawie stałej kolejności objawów stuporu i podniecenia należy myśleć o psychozie manjakalno depresyjnej, lecz obserwator, ignorający poprzedzające fakty, może przyjąć ten stan za katatonję. Zdaniem referenta chodzi tu o stan katatoniczny, zastępujący miejsce kolejnych napadów podczas menopauzy. Opinja ta jest przeciwna dokrynom Kraepelina, lecz psychjatrzy francuscy uważają katatonję za zespół, *który jest właściwy także innym chorobom, nietylko psychozie dementia praecox*. Czy niema w danym przypadku związku pomiędzy działalnością gruczołów płciowych a zaburzeniem psychicznem? *Referent wnioskuje, że trzeba oddzielić pojęcie ka-*

tatonji od pojęcia dementia praecox i nie należy uważać jednej postaci chorobowej wyłącznie tylko za formę drugiej. Należy również dokładnie obserwować niewątpliwie przypadki katatonji co do perjodyczności. SIEMIOKIN.

Autor tej pracy dzieli więc pogląd, który się ustalił również w Dziekance, że katatonja nie należy do grupy dem. prac., w znaczeniu Kraepelinowskiem. Jednakże pomiędzy zapatrywaniem autora a zapatrywaniem tutejszem istnieje ta różnica, że tu widzi się w katatonji wyraźną organiczną sprawę mózgu, mianowicie rozpadowy proces niektórych jąder podstawowych, na co wskazują także badania podpisanego poniżej. O. B.

Dr. med. Witold Łuniewski. WIADOMOŚCI POCZĄTKOWE Z PSYCHOPATOLOGJI OGÓLNEJ. (str. 98. Warszawa 1925. IGO Skład Główny w księgarni Książnica „Atlas").

Autor przeznacza książkę w pierwszym rzędzie dla słuchaczy Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej jako podręcznik do zapoznania się z psychopatologją ogólną czytelników nie posiadających odnośnego psychologicznego i przyrodniczego przygotowania.

W zeszycie I. T. VIII. Neurologji Polskiej czytamy, pod względem rzeczowym, pochlebne sprawozdanie o książce, napisane przez Dr. Higiera.

Uwagi i refleksje, które się tam czyta są w ogólności zgodne z naszemi, dlatego też, by się nie powtarzać, poprzestajemy na niniejszej wzmiance, odsyłając czytelnika do źródła. Książkę Łaniewskiego możemy gorąco polecić. ob.

PRACE ORYGINALNE Z DZIEDZINY PSYCHJATRJI I NEUROLOGJI, ZAWARTE W PISMACH LEKARSKICH POLSKICH — ROK 1925.

POLSKA GAZETA LEKARSKA.

Nr. 3. **H. Higier**: Z nowszych poglądów na padaczkę samoistną, jej równoważniki i pogranicza.

Nr. 7. **K. Orzechowski i W. Mitkus**: O postaci parkinsonowskiej guzów okolicy przysadki i lejka obok uwag o symptomatologji guzów wnętrza III. komory.

Nr. 8. **E. Krajewski**: Myoklonja i związek jej z zaburzeniami dokrewnemi.

Nr. 11. **T Tempka**: Przyczynek do symptomatologji choroby Recklinghausena (Neurinomatosis).

Nr. 15. **F. Frey**: Przyczynki do nauki o topografji w trzonie mózgowym.

Nr. 17 i 18. **R. Zagórski**: O zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

SZKOŁA SPECJALNA.

Nr. 2. **M. Zeliński**: Epilepsja w świetle badań nad stosunkiem budowy ciała do konstytucji psychicznej.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE.

Nr. 2. **Z. Bychowski**. Rokowanie i leczenie padaczki.

Nr. 2. **L. Bregman**: W sprawie leczenia nowotworów mózgu promieniami Roentgena.

Nr. 3. **W. Sterling**: Objawy nerwowe w włośnicy.

Nr. 4. **E. Flatau**: Chromoneuroskopja.

Nr. 4. **Goldflam**: Przyczynek do semjologji odruchu skrócenia.

Nr. 5. **H. Higier**: Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej.

Nr. 5. **C. Levaditi**: Zagadnienie etjologji nagminnego zapalenia mózgowia.

Nr. 5. **W. Matecki**: Analiza psychologiczna w dwóch przypadkach schizofrenji.

Nr. 5. **M. Kacprzak**: Prohibicja w Stanach Zjednoczonych.

NEUROLOGJA POLSKA.

Nr. 1. **K. Orzechowski**: O drżeniu wiązkowem.

Nr. 1. **H. Higier**: Przymiot dziedziczny, a rodzinne porażenie spastyczne o typie mózgowym.

Nr. 1. **L. E. Bregman**: Półpasiec a porażenie nerwu twarzowego.

Nr. 1. **W. Arkin - W. Sterling**: O oczopląsie jednoocznym.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY.

Nr. 2. prof. S. **Borowiecki**: Uwagi w sprawie kierunku psychologicznego w psychjatrji współczesnej.
Nr. 2. **W. Sterling**: Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne.
Nr. 2. prof. **J. Mazurkiewicz**: Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne.
Nr. 2. **N. Zylberlast - Zandowa**: Zespół Korsakowa w przebiegu drętwicy karku.
Nr. 2. **K. Horwitzowna**: Schizofrenja w wieku dziecięcym.
Nr. 2. **F. Wichert**: O zaburzeniach afektywnych w parkinsonowskich postaciach por. post.
Nr. 2. **S. Zamecki**: O zachowaniu się układu roślinnego u psychicznie chorych.
Nr. 2. **F. Wichert**: Z kazuistyki psychjatrycznej zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.

XII ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY W WARSZAWIE.

Z pomiędzy sekcji, które mogą najbliżej interesować psychjatrę, szczegółowy program obrad nadesłały nam dotąd tylko sekcje antropologiczna i psychjatryczyna.

SEKCJA PSYCHJATRYCZNA.

Handelsmann J — Zaburzenia psychiczne w nagminnem zapaleniu mózgu.

Piotrowski Al. — Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszvch poglądów na schizofrenję.

Bornstein M. — Stanowisko kliniczne schizofrenji.

Bychowski G. — Zespoły schizofreniczne i parafreniczne, a odnośne jednostki kliniczne.

Bychowski G. — Z badań nad stanami osłupienia.

Wizel A. — Postacie niedorozwinięte schizofrenji.

Bielawski O. — Encephalitis lethargica a schizofrenja.

Berezowski Fr. — Próby lecznicze w katonji.

Markuszewicz R. — Nowe próby doświadczalne nad leczeniem stanów podnieceniowych w schizofrenji.

Brunowa M. — Obarczenie dziedziczne w dwuch rodzinach.

Łapiński T. — Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych.

Siemionkin M. — Odruch antagonistyczny m. p. p. u psychicznie chorych.

Siwiński B. — Kilka uwag dotyczących statystyki porażenia postępującego.

SEKCJA NAUK ANTROPOLOGICZNYCH

W poniedziałek, dnia 13. lipca 1925 r. o godzinie 9 rano zagajenie obrad i przedstawienie projektu organizacji Sekcji Nauk Antropologicznych przez Kazimierza Stołyhwę przewodniczącego Sekcji.

Podsekcja antropologji morfologicznej we wtorek rano 14 VII.

1. **Domicella Lipcówna** — Najnowsze badania na noworodkach.
2. **Adam Wrzosek** — Asymetrja twarzy.
3. **Karol Stojanowski** — Stosunki rasowe u przedhistorycznej ludności Szwecji.
4. **Juljan Talko - Hryncewicz** — Położenie szpar ocznych i fałda mongolska jako cechy antropologiczne.

Podsekcja etnologji w poniedziałek, 13. VII. po południu.

1. **Stanisław Ciszewski** — O piciu herbaty i samowarze z punktu widzenia etnologicznngo.
2. **Ryszard Ganszyniec** — Krytyka teoryj o kultach falnusowych.
3. **Eugenjusz Frankowski** — Moc magiczna w lecznictwie ludu polskiego.
4. **Adam Fischer** — Zaklinanie i zażegnywanie chorób u ludu polskiego.
5. **Kazimierz Sochaniewicz** — Problem badań nad zwyczajem tatuowania w Polsce.
6. **Kazimierz Sochaniewicz** — Zagadnienia związane z badaniem czarów i czarownic w świetle materjału historycznego.
7. **Władysław Gumplowicz** — Geograficzne podłoże ognisk najstarożytniejszych cywilizacji.

Podsekcja archeologji w poniedzałek 13. VII. rano

1. **Józef Kostrzewski** — O początkach zwyczaju wsypywania szczątków stosu do grobu we wczesnej opoce żelaznej.
2. **Jozef Kostrzewski** — Cmentarzysko z wczesnej epoki bronzowej w Grobi w pow. międzychodzkim.
3. **Włodzimierz Antoniewicz** — Stan i potrzeby badań archeologicznych w Polsce.
4. **Marjan Wawrzeniecki** — Wgłębione znaki na kamieniach t. zw. „Boże Stopy" i ich znaczenie w wierzeniach.
5. **Marjan Wawrzeniecki** — Najstarsze dotychczas znane wyobrażenie związane z życiem płciowem z epoki solutreńskiej

i jego znaczenie w rozwoju umysłowości człowieka.

6. **Marjan Wawrzeniecki** — Wyniki rzutu oka na ceramikę przedhistoryczną z góry czyli z bardzo wysokiego horyzontu.

7. **Stanisław Jan Czarnowski** — O czaszkach z jaskiń okolic Ojcowa i potrzebie dalszych tam poszukiwań.

Posiedzenie łączne Sekcji Nauk Antropologicznych i Sekcji anatomji człowieka we wtorek, 14. VII po południu.

Sekcja nauk antropologicznych zgłosiła referaty następujące:

1. **Eugenja Stołyhwowa** — Badania antropologiczne nad kością gnykową.
2. **Karol Kosiński** — Znaczenie badań układu nerwowego czuciowego dla antropologji.
3. **Hilary Wilga** — Zęby pod względem antropologicznym.
4. **Józef Hochsinger** — Bathrocephalia.
5. **Józef Hochsinger**— Dyspozycja konstytucjonalna do chorób wewnętrznych.
6. **Stefan Sterling-Okuniewski i Adam Elektorowicz** — Badania antropologiczno-rentgenologiczne nad młodzieżą szkół wyższych.

Posiedzenie łączne Sekcji nauk antropologicznych z Sekcją psychologiczną w środę, 15 VII rano

Sekcja nauk antropologicznych zgłosiła referaty następujące:

1. **Ludwik Bykowski** — Przyczynki do znajomości ras wśród naszej młodzieży szkolnej.
2. **Adam Wrzosek** — Pomiary ciepłoty ciała u młodzieży szkolnej.
3. **Michał Godycki** — Wskaźniki twarzy i wskaźnik główny w stosunku do wzrostu u dzieci szkolnych w Poznaniu.
4. **Wanda Szczawińska** — Próba zestawień cech antropologicznych i chorobowości u młodzieży żeńskiej.
5. **Marta Frankowska** — Znaczenie badań antropologicznych dla pedagogiki.

Podsekcja antrokologji morfologicznej w środę 15. VII. po poł.

1. **Karol Stojanowski** — Egipskie czaszki z El Gamhoud.
2. **Juljan Talko Hryncewicz** — Częstość zboczeń w budowie kości długich u ras przedhistorycznych.
3. **Kazimierz Stołyhwo** — W sprawie djagnozy wartości poszczególnych cech antropologicznych.
4. **Ks Bolesław Rosiński** — Badania antropologiczne nad ludnością Krety.
5. **Ks. Bolesław Rosiński** — Badania antropologiczno-genetyczne nad ludnością powiatu Pułtuskiego.

Inne sekcje zjazdu. a w szczególności bliżej zajmujące psychjatrę — sek. neurologiczna,—medecyny sądowej, psychologiczna, mimo naszej prośby, programu obrad na czas nie nadesłały.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

— ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY. Ukazał się drugi zeszyt tego pisma. Prócz prac oryginalnych (patrz str. 163) zawiera krótkie sprawozdanie ze zjazdu psychjatrów we Lwowie i Lublińcu oraz kilka notatek kronikarskich.

— NEUROLOGJA POLSKA. Na zeszyt 1, Tom. VIII-go składają się prace oryginalne wyszczególnione na str. 162 niniejszego pisma, protokóły posiedzień naukowych Warszawskiego Tow. Neurologicznego oraz pokaźny dział bibliograficzny.

— SPROSTOWANIE. Wzmiakę w wiadomościach bieżących zeszytu pierwszego b. r. pisma naszego, że Zarząd Gł. P. T. P. „prosi n s o umieszczenie przysłanego okólnika życzenie p. sekretarza Towarzystwa Doc. Dr. R. Radziwiłłowicza, prostujemy o tyle; że okólnik ten, jak wynika z listu p. R. przysłany był nam celem podania go do wiadomości członkom filji poznańskiej Towarzystwa, a Redakcja obrała tę drogę zakomunikowania kolegom aktualnej wiadomości (t. j. przez własny organ).

— ZAKŁADY PSYCHJATRYCZNE ŚLĄSKIE BEZ LEKARZY. Z powodu niekorzystnej pragmatyki służbowoj lekarze zakładów psychjatrycznych na śląsku zrezygnowali ze swoich stanowisk i przeszli do praktyki prywatnej.

Istnieje obawa, że zakłady na Śląsku pozostaną bez lekarzy, o ile pragmatyka służbowa lekarska nie ulegnie zmianie w kierunku polepszenia bytu lekarzy nietylko pod względem poborów ale, co ważniejsza, pod względem przynależności do wyższego stopnia służbowego.

— NAUKOWO - INFORMACYJNE PODRÓŻE LEKARZY ZAGRANICĘ. Poznański Wydział Krajowy uchwalił w dniu 29. października 1924 r. do p. 12 porz. obr.

B. IV. Upoważnia się Pana Starostę Krajowego, aby w wykonaniu budżetu krajowego na rok 1925 wysłał jednego z dyrektorów poznańskich krajowych zakładów psychjatrycznych zagranicę z poleceniem zwiedzenia najwybitniejszych zakładów zagranicznych opieki sanitarnej i społecznej i wypracowania odpowiedniego sprawozdania z wnioskami co do zastosowania wyników poczynionych spostrzeżeń do administracji krajowej.

Na mocy tej uchwały Redaktor naczelny Nowin Psychjatrycznych Dyr. Dr. Piotrowski odbył w kwietniu i maju z polecenia Starostwa Krajowego w Poznaniu dłuższą podróż za granicę i zwiedził ważniejsze zakłady we Włoszech, Francji i Szwajcarji.

— PRZEJĘCIE PSYCHICZNIE CHORYCH z B. ZABORU ROSYJSKIEGO DO POZNAŃSKICH KRAJOWYCH ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH. Dnia 12. czerwca br. odbyła się w Starostwie Krajowem w Poznaniu pod przewodnictwem p. Starosty Krajowego Begalego konferencja w sprawie przejęcia psychicznie chorych z b. zaboru rosyjskiego do poznańskich krajowych zakładów psychjatrycznych. W konferencji brali udział wyższy radca krajowy Hahn, dyrektor Dr. Piotrowski z Dziekanki, Generalną Dyrekcję zdrowia publicznego w Warszawie zastępował dyrektor Dr. Łuniewski z Tworek. Protokółował sekretarz krajowy Wieland.